

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIÈRE
UNIVERSITÉ PARIS VII**

140

ANNEE 1971

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Pierre JUQUEL

Né le 30 juin 1944 à VILLEURBANNE (69)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 1971

**A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS
DE "MALADIE RYTHMIQUE DE L'OREILLETTE"
ETUDIÉES A L'HOPITAL GENERAL DE SENLIS**

Président : M. Y. BOUVRAIN, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIÈRE
UNIVERSITE PARIS VII**

ANNEE 1971

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Pierre JUQUEL

Né le 30 juin 1944 à VILLEURBANNE (69)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS
DE "MALADIE RYTHMIQUE DE L'OREILLETTE"
ETUDIEES A L'HOPITAL GENERAL DE SENLIS**

Président : M. Y. BOUVRAIN, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

UNIVERSITE PARIS VII
SAINT-LOUIS LABORATOIRE
FACULTE DE MEDECINE

THESE

NO 12

DOCTORAT EN MEDECINE

(2000000000)

1971

Justement JULES

14/10/1971 14/10/1971

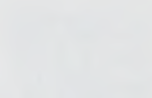


A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS

DE MALADIE RYTHMIQUE DU CŒUR

ETUDIÉES A L'HÔPITAL COCHIN, PARIS

Par M. J. L. L.



A Monsieur le Professeur BOUVRAIN.

Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Docteur Michel PELLET.

Qui pendant quatre ans m'a formé à la
Médecine, et à qui, je dois le sujet de ce travail.

A mes Parents

A ma Femme

A mon Fils.

Le monde est un grand livre, et la vie est un grand roman. Les parents sont les premiers lecteurs, la femme est la première compagne, le fils est le premier héritier. C'est à eux que l'on doit tout, c'est à eux que l'on rend tout.

Un bon père est un bon maître, une bonne mère est une bonne amie. Un bon fils est un bon homme.

Les parents ont le devoir de élever leurs enfants dans la vertu et la science. La femme a le devoir de élever son mari et ses enfants dans l'amour et la fidélité. Le fils a le devoir de honorer ses parents et de servir son pays.

C'est la loi de Dieu, c'est la loi de l'homme, c'est la loi de la nature. C'est la loi de la morale, c'est la loi de la religion, c'est la loi de la patrie.

Quand on est père, on est responsable. Quand on est mère, on est responsable. Quand on est fils, on est responsable.

Le monde est un grand livre, et la vie est un grand roman. Les parents sont les premiers lecteurs, la femme est la première compagne, le fils est le premier héritier. C'est à eux que l'on doit tout, c'est à eux que l'on rend tout.

I N T R O D U C T I O N

La maladie rythmique de l'oreillette se caractérise par la survenue chez certains sujets de crises de tachycardie supra-ventriculaire, liées le plus souvent à une hyperexcitabilité auriculaire, alternant avec des accès de bradycardie, dûs habituellement à une déficience sinusale et, ce, en dehors de toute thérapeutique ; les crises de tachycardie sont essentiellement représentées : par

- " - par des accès de tachysystolie auriculaire
- mais aussi par des accès de fibrillation auriculaire et de flutter."

Les accès de bradycardie peuvent représenter tous les types de bradycardie supra-ventriculaire : " - Rythme nodal avec ou sans conduction rétrograde

- Bloc sino-auriculaire de degré variable
- Dissociation par **interférence** entre une grande bradycardie sinusale et un rythme nodal plus rapide."

Chez le même malade, les accès de tachycardie et de bradycardie alternent, et parfois se produisent presque simultanément, ce qui rend la conduite thérapeutique très difficile.

D'autre part, et toujours en considérant un même malade, les crises de tachycardie, (ou de bradycardie) enregistrées, peuvent revêtir tel aspect lors d'une crise ; ou tel autre aspect lors d'un autre épisode, et cela en dehors de toute thérapeutique.

Le syndrome a été individualisé par SLAMA-WAYNBERGER-MOTTE-BOUVRAIN lors de la Société de Cardiologie du 16 mars 1969, sous le nom de "Maladie Rythmique de l'Oreillette".

Notre propos sera ici de présenter trois observations concernant des malades que nous avons suivis à l'Hôpital Général de Senlis, dans le Service du Docteur PELLET, Cardiologue, et qui ont été ensuite présentés dans le Service de Monsieur le Professeur BOUVRAIN à l'Hôpital Lariboisière.

L'une de ces observations, Madame DUS.. Andrée, qui date de 1966, fait partie des quarante-trois observations étudiées dans les Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux de Mars 1969 p. 297 à 315. Quelques uns de ses tracés électriques, sont représentés sur la figure N°1. Nous nous référons d'ailleurs très souvent à cet article de Messieurs R. SLAMA, M. WAYNBERGER, G. MOTTE, Y. BOUVRAIN.

Les observations de Mesdames TAR.. Solange, et PER... Irène, dont les hospitalisations à Senlis datent respectivement, de Mai et Octobre 1969, sont des observations originales, et qui n'ont jamais été publiées jusqu'à présent. Ces deux observations ont en outre l'intérêt de se rapporter à des formes particulièrement mal tolérées, et ayant posé de gros problèmes thérapeutiques. Leur traitement fut d'ailleurs Médico-Chirurgical, comme Sept des Quarante-trois cas étudiés, dans l'article précité.

D'autre part ces trois malades ont été revues en consultation de ville par le Docteur PELLET qui a bien voulu nous confier ses fiches et tous ses dossiers personnels, ce qui nous permet d'avoir un recul assez important.

Ensuite, à propos de ces trois observations, nous essaierons de faire le point sur ces troubles du rythme, et en particulier sur les solutions thérapeutiques que l'on peut parfois y apporter.

Nous avons volontairement écarté de cette étude les cas de malades chez qui l'on observe des troubles du rythme de ce genre à la période initiale d'infarctus postérieurs aigus, car alors, l'étiologie des troubles est évidente, et l'évolution différente, bien évidemment.

Il nous a paru indispensable de préciser certaines définitions, avant de commencer notre étude proprement dite.

- LA FIBRILLATION AURICULAIRE , consiste en une activité extrêmement rapide (350 à 600 par minute) et incoordonnée des oreillettes dont l'excitation est irrégulièrement conduite sur les ventricules.

A l'électrocardiogramme : - Absence d'Ondes P

- Apparition d'Ondes de Fibrillation :

petites ondes changeant de grandeur

de forme

de fréquence : leur rythme qui est de 350 à 600 par minute, se marque habituellement avec le plus de netteté en VI.

Succession absolument irrégulière de complexes ventriculaires qui sont d'une morphologie Supra-Ventriculaire (s'il n'existe pas simultanément un Bloc de Branche, ou si le surmenage ne détériore pas l'excitation ventriculaire).

- 2 - LE RYTHME APPELE FLUTTER AURICULAIRE, se distingue de la Fibrillation Auriculaire, par : - sa régularité

- et une accélération moins élevée de l'activité auriculaire (240 à 350 par minute)

A l'électrocardiogramme : - Absence d'Onde P

- Les Ondes de Flutter sont des ondulations de Grandeur et de fréquence régulières, se succédant sans intervalle iso-électrique, avec un premier pan rapide, et une descente moins abrupte (forme en Dents de Scie). Ces Ondes sont généralement le mieux dessinées en D2 - D3 et AVF. Par contre en VI, elles peuvent se présenter comme des Ondes Auriculaires assez bien individualisées, présentant même, un court intervalle iso-électrique.

On parle de FLUTTER IMPUR OU DE FIBRILLO FLUTTER lorsque les caractéristiques du flutter et de la fibrillation - s'entremêlent

- ou se succèdent imperceptiblement sur le même tracé. En l'occurrence, la forme, la grandeur, et la fréquence du flutter varient.

Dans tous les cas, les complexes Q.R.S. présentent une morphologie supra-ventriculaire, sauf, en présence d'un bloc de Branche

- ou d'une conduction ventriculaire aberrante dans les fréquences élevées

Ils se suivent - à intervalle régulier si le bloc auriculo-ventriculaire est constant

- l'action ventriculaire, par contre, présente une arythmie, lorsque la conduction auriculo-ventriculaire varie.

- 3 - On parle de TACHYSYSTOLIE AURICULAIRE, lorsque le rythme auriculaire est compris en général entre 180 et 240, et qu'il y a un retour à la ligne isoelectrique entre chaque auriculogramme.

- 4 - Dans le RYTHME AURICULO-VENTRICULAIRE ou NODAL, l'ensemble de la fonction cardiaque est sous la dépendance du Noeud Auriculo-ventriculaire, qui va activer presque simultanément les Oreillettes par voie rétrograde

- et les Ventricules de façon antérograde. C'est un centre d'Automatisme Secondaire.

A l'électrocardiogramme : Ondes P négatives en D2 - D3 - AVF

- apparaissant moins de 0,12 seconde avant le complexe Q.R.S. (Rythme Nodal Supérieur)

- noyées à l'intérieur du complexe Q.R.S. (Rythme Nodal Moyen)

- ou immédiatement après le complexe Q.R.S. sur le segment ST (Rythme Nodal Inférieur)

- La fréquence cardiaque oscille entre 30 et 40 par minute (sauf en cas d'irritation du noeud de Tawara)

Les complexes Q.R.S. sont de morphologie supraventriculaire, sauf en cas de bloc de branche.

- 5 - On parle de RYTHME AURICULAIRE ECTOPIQUE, quand les Ondes P sont :

- positives (en D2 - D3 - AVF) mais déformées
- avec un intervalle P.R. abrégé

- 6 - On parle de RYTHME DU SINUS CORONAIRE, quand les Ondes P sont :

- négatives en D2 - D3 - AVF
- avec un espace P.R. normal, supérieur à 0,12 seconde.

- 7 - Dans certains cas, lorsqu'il y a une défection du noeud sinusal le centre d'automatisme va opérer un mouvement de va et vient entre la région infrasinusale et le noeud auriculo-ventriculaire. On parle alors de "WANDERING PACE MAKER".

A l'électrocardiogramme : - raccourcissement progressif de P.Q.

- puis négativation de P et baisse de la fréquence

- et inversement quand le pace-maker retourne vers le noeud sinusal.

- 8 - Il y a RYTHME IDIO-VENTRICULAIRE, quand les centres d'automatisme tertiaire, suppléent à la défaillance des centres plus élevés.

La fréquence est alors de 40 par minute, ou moins

En cas d'automatisme ventriculaire issu de la branche droite du faisceau de HIS, on a une image de bloc de branche gauche et vice versa.

En cas d'automatisme tronculaire (c'est à dire issu du tronc du faisceau de HIS), les complexes Q.R.S. ne sont pas nécessairement déformés.

Pour des raisons de simplification et aussi pour limiter les répétitions fastidieuses, nous adopterons un certain nombre d'abréviations :

E.C.G.	= électrocardiogramme
B.B.D.	= bloc de branche droit
B.B.G.	= bloc de branche gauche
R.S.	= rythme sinusal
R.A.E.	= rythme auriculaire ectopique
R.N.S.	= rythme nodal supérieur
R.N.M.	= rythme nodal moyen
R.N.I.	= rythme nodal inférieur
R.I.V.	= rythme idio-ventriculaire
T.A.C.	= tachy-arythmie complète
A.C.	= arythmie complète
F.A.	= fibrillation auriculaire
T.S.A.	= tachysystolie auriculaire
W.P.M.	= Wandering Pace Maker
R.E.S.	= rythme électro-systolique
G.R.	= globules rouges
G.B.	= globules blancs
V.S.	= vitesse de sédimentation
E.E.G.	= électroencéphalogramme
T.P.	= taux de prothrombine

Pour mieux schématiser les troubles du rythme de ces Maladies de l'Oreille, nous avons inscrits sur un diagramme, pour chaque malade : le pouls noté plusieurs fois par jour et les traitements éventuels.

Le plan adopté sera le suivant :

- INTRODUCTION
- OBSERVATION de Madame PER...
- OBSERVATION de Madame TAR...
- OBSERVATION de Madame DUS...
- DISCUSSION et INDICATIONS THERAPEUTIQUES
- CONCLUSIONS.

OBSERVATION DE MADAME PER..

Madame PER.. née le 3 - 6 - 1915, est victime le 24 - 8 - 1969, vers 9 heures du matin, d'une hémiplégie droite avec aphasie. Deux jours plus tôt elle avait ressenti une vive douleur au niveau de l'hémithorax gauche.

Cette dame de 54 ans, obèse (90 kg pour 1m70) n'avait, d'après sa famille aucun antécédent particulier ; sa tension artérielle habituelle se situait aux alentours de 14 - 15 de maxima ; en fait, elle était soignée depuis deux mois environ, pour une artérite du membre inférieur gauche.

D'autre part, mais nous ne devions l'apprendre que beaucoup plus tard, cette personne avait été victime deux ans plus tôt, de plusieurs pertes de connaissance brèves, et de survenue inopinée qui n'avaient vraisemblablement inquiété personne.

Donc vers 10 heures du matin ce 24 août, le médecin traitant appelé d'urgence constate l'hémiplégie : la maxima tensionnelle se situait à 18

- l'auscultation cardiaque révélait un rythme régulier aux alentours de 60 par minute.

- par ailleurs, il n'existait pas de signes de phlébite au niveau des membres inférieurs.

La prescription médicale était alors : - HYDERGINE

- SUREPTIL

Vers 15 heures, le même jour, le médecin revoit Madame PER.. et constate un rythme cardiaque à 36 pulsations par minute, et une T.A. à 14 de maxima. Il décide alors l'hospitalisation.

L'interne de garde note à l'entrée - une T.A. à 19 - 10

(vers 17 heures)

- un coeur en arythmie complète à 90/mm
- aucun signe de cardiopathie orifi-

cielle

- absence de signes de décompensation cardiaque, ni oedème, ni gros foie douloureux

- enfin, l'hémiplégie est déjà en voie de régression, mais l'aphasie persiste très importante.

La malade est donc admise dans le service de Médecine Femmes (Médecine générale)

Le traitement prescrit est : - HYDERGINE

- SOLURUTINE - PAPAVERINE

- REGIME SANS SEL

Sa T.A. est surveillée toutes les trois heures et va se situer toute la nuit entre 19 - 10, et 15 - 8

Le lendemain 25 - 8 - 1969, on note - un coeur en A.C. à 100/mm

- un fébricule : 37°5 le matin

38° le soir, et

cet état fébrile va persister une quinzaine de jours

Les premiers examens sanguins montrent : - 5 150 000 G.R.

- 10 100 G.B. dont

73 % de polynucléaires neutrophiles

- 14 - 35 de V.S.

- Glycémie à 1,20 g/l,

sans glycosurie

- B.W. négatif

L'Ophtalmologiste pratique un Fond d'oeil : "Papilles normales.

Veines boudinées, tortueuses. Artères rétrécies et cuivrées.

Pas d'hémorragie, pas

d'exsudat.

Mais un oedème maculaire,

avec quelques néo-vaisseaux signant de gros troubles circulatoires, au moins rétinien "

Un E.E.G. montre des altérations lentes au niveau de l'hémisphère gauche

Le 26 - 8 - 1969, le coeur paraît régulier à 70/mm à l'auscultation

Ce n'est que le 27 - 8, que le premier E.C.G. sera pratiqué, il

montre : - un rythme lent à 40 par mm

- Le P.R. est court à 7/100 à de sec.
- Les Ondes P sont positives en D2 - D3 - AVF

ne paraissent pas toutes uniformes dans la même dérivation

- les ventriculogrammes sont normaux, sans aspect de bloc de branche

- l'axe de Q.R.S. est à 0°
- Il n'y a aucun aspect de surcharge
- Il semble donc s'agir d'un rythme ectopique ?

Jusqu'au 2 - 9, le rythme va rester lent à l'auscultation entre 44 et 52 par mm

Parallèlement, l'état de la malade s'améliore nettement au point de vue moteur, mais l'aphasie persiste.

La température oscille entre 37°5 et 38°

La T.A. paraît stabilisée.

Le 2 - 9 au matin, son cœur bat d'abord de façon régulière à 48/mm, puis devient irrégulier et rapide à 110/mm

Un E.C.G. est alors enregistré, il objective une Arythmie complète par Fibrillation auriculaire, ceci va persister jusqu'au lendemain.

On se décide alors, à mettre la malade aux anti-coagulants par voie orale, elle reçoit ainsi : un comprimé et demi de PINDIONE

On lui administre par ailleurs, 10 gouttes de DIGITALINE (elle n'en recevra que les jours où son rythme est rapide et irrégulier).

Le 4 - 9, le pouls est régulier et lent à 48/mm, il va le rester jusqu'au lendemain

Le 6 - 9, Madame PER.. retombe en Arythmie Complète par Fibrillation auriculaire.

Le taux de prothrombine reste trop élevé à 52 %, puis 64 %, et l'on augmente les doses de PINDIONE.

Le 8 - 9, un E.C.G. montre : - un rythme lent à 50/mm

- avec un P.R. à 11/100 de Sec.
- des Ondes P positives en D2 - D3 - AVF.

Le rythme va rester régulier et lent spontanément pendant cinq jours.

La température n'est redevenue tout à fait normale que le 9 - 9, c'est à dire une semaine après la mise aux anti-coagulants.

A ce moment, la malade arrive alors à se lever seule.

Un E.E.G. de contrôle est pratiqué, qui va montrer une très nette amélioration par rapport au précédent, il peut même être considéré comme très proche du normal.

- Le 13 - 9, on constate à nouveau, un rythme cardiaque rapide et irrégulier.

On se décide à essayer de régulariser ces troubles par l'HYDROQUINIDINE. La prise d'un comprimé ayant été bien supportée, on passe dès le 14 - 9 à trois comprimés par jour, régulièrement répartis.

- Le 14 - 9, le rythme est redevenu régulier et lent

Un E.C.G. objective : - une fréquence à 37/mm

- aucune Onde P n'est visible

- pas d'anomalies des ventriculogrammes

Il semble donc s'agir d'un rythme nodal

moyen ? ou d'un rythme idio-ventriculaire (issu du tronc commun du faisceau de His) de toutes façons d'un rythme d'échappement à un Bloc Sino-Auriculaire du 3ème degré par exemple.

- Le 16 - 9, on constate à nouveau une Arythmie complète à 100/mm, malgré le traitement quinidinique.

- Le 17 - 9, l'auscultation cardiaque révèle, un rythme régulier et lent à 48/mm

- Le 19 - 9, au matin, on note toujours un pouls à environ 50/mm, mais à 11 heures, un E.C.G. objective de nouvelles modifications : c'est en effet un tracé d'Arythmie complète par fibrillation auriculaire à 86/mm

- Le 19 - 9, l'auscultation cardiaque révèle à nouveau un rythme lent et régulier

L'E.C.G. montre : - des ventriculogrammes de morphologie normale

- l'absence de toute Onde P

- un rythme aux environ de 40/mm

Cette "Paralysie Auriculaire" correspond-elle à un rythme nodal ?
et dans ce cas, il s'agit vraisemblablement d'un Rythme Nodal Moyen

- ou à un échappement de type Idio-Ventriculaire, né du tronc commun du faisceau de HIS ?

Le rythme va rester lent jusqu'au 23 - 9, puis pendant deux jours on notera une arythmie complète plus rapide (100/mm). Il faut remarquer que ces changements incessants de rythme gênent finalement très peu la malade.

On décide d'augmenter l'HYDROQUINIDINE à 5 comprimés par jour.

- Le 25 - 9, l'auscultation révèle une arythmie complète et, l'E.C.G. montre que cette A.C. dépend d'un Flutter avec bloc Auriculo-ventriculaire variable : tantôt 3/1, tantôt 4/1, voire 5/1. Il existe dans certaines dérivations un aspect en "dents de scie" caractéristique.

La fréquence auriculaire est de 260 par minute.

- Du 26 - 9 au 29 - 9, le rythme cardiaque reste lent, et relativement régulier entre 40 et 48/mm

- Le 29 - 9, au matin, on note un épisode de Tachyarythmie complète à 120/mm

- mais une heure plus tard, le coeur bat à nouveau lentement (40/mm) et régulièrement

Cet état va persister jusqu'au 3 - 10, date à laquelle un nouvel E.C.G. est pratiqué, il montre :

- un rythme extrêmement lent à 34/mm
- une activité auriculaire décelable
- avec des Ondes P positives en D2,

plates en AVF et négatives en D3

- un espace P.R. constant à 0,10 sec.

- des ventriculogrammes de morphologie

normale

Il semble s'agir d'un rythme "auriculaire ectopique"

- Le 4 - 10, on note une nouvelle poussée d'A.C. par F.A. que l'on enregistre le rythme est alors à 90/mm

- mais six heures plus tard, le coeur est redevenu régulier autour de 60/mm

- A ce moment, on va se laisser fléchir par Madame PER.. qui désire rentrer chez elle. L'hémiplégie a totalement régressé, et il ne persiste que quelques troubles de la parole.

L'hémiplégie étant attribuée à une embolie cérébrale, à point de départ auriculaire, (les troubles du rythme ayant évidemment joué un grand rôle, dans la genèse de cet épisode) on pense que la poursuite d'un traitement anti-coagulant par voie orale, suffira à prévenir la récurrence de tels ennuis.

Quant aux troubles du rythme, et bien que l'HYDROQUINIDINE n'ait pas eu (loins de là) tous les résultats escomptés, on décide de poursuivre un traitement par cinq comprimés régulièrement espacés dans la journée.

En définitive, les modifications incessantes et inopinées du rythme cardiaque paraissent plus "une curiosité agaçante" qu'un inconvénient majeur pour Madame PER.., qui d'ailleurs ne se plaignait que de vagues palpitations lorsque son coeur était rapide. Sa tension se situe à 11-6 le jour de sa sortie, c'est à dire le 6 - 10.

Mais la suite des événements, allait nous donner tort, et nous forcer à réviser notre attitude.

- Le 8 - 10, Madame PER.. est victime chez elle, d'un malaise avec perte de connaissance, de durée assez brève. Au décours de cet épisode, son médecin constate un coeur irrégulier, battant à 110/mm. La tension était alors à 13 - 8

- Le 9 - 10, au matin, nouvelle perte de connaissance durant plusieurs minutes et accompagnée de cyanose généralisée. Il y aura deux autres épisodes identiques, mais de durée plus brève, le même jour.

Le médecin traitant à nouveau appelé, note un coeur régulier à 80/mm et une T.A. à 11,5 de maxima. Il décide une nouvelle hospitalisation.

La malade revient donc à l'Hôpital de Senlis le 9 - 10 à 21 h30

Dès le 11 - 10, elle sera transférée dans le service du Docteur PELLET à qui l'on avait présenté la malade pendant son séjour précédent.

Le premier bilan révèle que la malade a bien suivi son traitement anti-coagulant, puisque son T.P. est à 29 %

Un électrocardiogramme pratiqué le 11 - 10, révèle une A.C. par F.A. à 90/mm, et sur une dérivation, on peut voir une contraction auriculaire isolée mais parfaitement individualisée.

Un nouveau F.O. donne les résultats suivants : "L'aspect de la circulation rétinienne est toujours très pathologique, avec des veines boudinées des artères cuivrées et dilatées des signes du croisement ++ et +++

un oedème maculaire bilatéral, avec des néo-vaisseaux, traduisant la gêne circulatoire.

Il n'y a pas de température

La N.F.S. montre 4 690 000 G.R.

9 800 G.B., dont 64 % de polynucléaires neutrophiles

La Glycémie est à 0,98 g/l ; il n'y a pas de glycosurie

Seul le test d'Addis est perturbé montrant : - 3 425 hématies/mm

-64 665 leucocytes/mm

La première explication qui vient à l'esprit pour expliquer les pertes de connaissance est qu'il s'agissait d'accidents de type STOKES-ADAMS survenant en période de bradycardie extrême ? Mais cela était aussi compatible avec l'hypothèse de syncopes liées à des crises de tachycardie.

Pour cette raison, et ceci d'autant plus que l'hospitalisation précédente avait bien montré l'hyperexcitabilité auriculaire existant chez cette malade, la première attitude fut l'abstention thérapeutique. Est-ce une coïncidence, mais ceci ajouté au repos, et à la poursuite des anti-coagulants et de l'HYDRO-QUINIDINE fit que la malade ne présenta heureusement plus de syncopes ?

Nous n'étions guère satisfaits et nos inquiétudes se justifiaient lorsque l'E.C.G. du 13 - 10, révéla une Bradycardie irrégulière à 37/mm

- ventriculogrammes de morphologie normale

- axe de Q.R.S. à + 30°

- Ondes P traduisant l'existence d'une activité auriculaire

- P.R. à 12/100e en DI et 0,10 en VI - Axe

de P à + 30°

S'agit-il d'un Rythme Sinusal ?

- ou d'un Rythme auriculaire ectopique ?

On se décide alors, à utiliser un Sympathomimétique, l'ISOPROPYLNOR ADRENALINE, sous forme d'ISUPREL, à la dose de 8 comprimés par jour, régulièrement répartis dans la journée.

L'E.C.G. du 15 - 10, montrait toujours, un rythme lent à 33/mm, plus ou moins régulier, avec quelques extra-systoles dont certaines bigéminées.

- en VI, on distingue des Ondes P, situées après le Q.R.S. dans le segment ST

Rythme Nodal Inférieur ?

- Le 16 - 10, le rythme est toujours lent autour de 37/mm, mais paraissant plus irrégulier, du fait de la présence de nombreuses extra-systoles supraventriculaires.

Il y a une activité auriculaire, et même un WANDERING PACE MAKER, en V3 certaines contractions sont sinusales avec PR à 0,12', d'autres reproduisent les trois rythmes nodaux.

- Le 17 - 10, situation sans changement, avec persistance d'un Wandering Pace Maker.

- Le 18 - 10, le coeur est rapide et irrégulier.

L'E.C.G. enregistre un tracé de F.A. à 100/mm

- les ventriculogrammes sont d'aspect normal

- il existe des extra-systoles de type ventriculaire.

On décide toutefois, de poursuivre le traitement par I.P.N.A. (la malade recevant toujours ses anti-coagulants évidemment).

- Le 20 - 10, le rythme est redevenu lent à 42/mm

- Il existe une activité auriculaire, avec PR court à 0,10'

- Les Ondes P précèdent les complexes Q.R.S. ; l'axe de P est à + 90° ; toutes les Ondes P, n'ont pas la même morphologie

(l'axe de Q.R.S. est à 0°)

Rythme Auriculaire Ectopique ?

- Les 21 et 22 - 10, le coeur redevient rapide et irrégulier.

Il s'agit d'une A.C. par F.A.

- Le 23 - 10, si cliniquement il existe une A.C., l'E.C.G. objective

- une tachysystolie auriculaire de bloc variable : tantôt 2/1, tantôt 3/1

- le rythme auriculaire est à 260/mm

- le rythme ventriculaire, varie de 85 à 130/mm

- il est remarquable de noter qu'à certains endroits, les deux rythmes paraissent dissociés.

- Le 24 - 10, il existe une tachycardie régulière à 100/mm

L'E.C.G. montre qu'elle est en rapport avec T.S.A.

- le rythme auriculaire est à 250/mm

- le rythme ventriculaire est dissocié, battant régulièrement à 100/mm

- les ventriculogrammes sont d'aspect normal, sans bloc de branche

- l'axe de Q.R.S. est à -10°

- Les jours suivants, le coeur redevient irrégulier (A.C. par F.A.)

les ventriculogrammes sont normaux.

- La malade est présentée en consultation, à l'Hôpital Lariboisière, dans le service du Professeur BOUVRAIN.

L'attitude thérapeutique nous ennuyait beaucoup car, au total, les troubles du rythme pouvaient être considérés, comme mal supportés =

- 1° On pouvait leur attribuer de façon quasi certaine l'hémiplégie

- 2° Les pertes de connaissance étaient des signes importants de gravité

- 3° Le traitement purement médical s'étant avéré "très insuffisant" :

- 1'HYDROQUINIDINE n'ayant rien empêché..

- 1'ISUPREL n'ayant eu rigoureusement aucun effet ...

- Seuls les anti-coagulants nous permettaient d'être à l'abri de nouvelles thromboses et de leurs conséquences fâcheuses.

Il nous paraissait alors, que seule l'implantation d'un Pace-Maker pouvait peut-être résoudre un problème aussi complexe.

La réponse du Professeur Agrégé SLAMA nous confirma :

- l'absence de cardiopathie bien individualisée du fait de :

- l'auscultation normale
- la silhouette radiologique, elle aussi normale
- l'aspect des ventriculogrammes normaux.

- l'existence d'une Maladie Rythmique de l'Oreille particulièrement schématique.

- l'indication, de la pose d'un Pace-Maker Relais Endocardique, associée à un traitement Digitalique.

Sur ces indications, Madame PER.. fut transférée le 29 - 10, au Centre Chirurgical du Val d'Or.

Elle y subissait l'implantation d'un Pace-Maker CHARDACK, de type "SENTINELLE", réglé à 75/mm

Ainsi, avec ce type d'appareil, tant que le rythme de la malade est supérieur à 75/mm, rien ne se passe et le Pace-Maker ne se manifeste pas. Mais dès que le rythme spontané descend en dessous de 75/mm, le Pace-Maker entre en action, et entraîne le coeur par un rythme dit "électro-systolique", dont la fréquence est régulière à 75/mm, et ce, quelle que soit l'activité auriculaire.

La malade nous revient le 7 - 11, avec pour traitement son PINDIONE

Les premiers E.C.G. ne montraient qu'un rythme électro-systolique régulier à 75/mm, sans qu'aucune activité auriculaire ne soit décelable.

L'apparition d'une température à 38°, en rapport avec une infection urinaire, nous fit prescrire une antibiothérapie d'une dizaine de jours par : PENICILLINE - COLIMYCINE et GENTALLINE. A la suite de quoi, les choses rentrèrent dans l'ordre.

Une urographie de contrôle se révéla normale.

La réapparition d'une activité auriculaire toujours aussi variable dans le temps : tantôt Ondes P bien individualisées

tantôt Ondes de Fibrillation auriculaire

nous fit prescrire un traitement par de la DIGITALINE, à raison de 30 gouttes par semaine.

Certains E.C.G montrent ainsi très bien, la coexistence sur un même tracé : - d'un rythme électro-systolique à 75/mm
- et d'un rythme sinusal plus rapide.

Assez souvent, on note même une interférence entre les deux rythmes.

Madame PER.. put quitter le service le 29 - 10 - 1969, pour rentrer chez elle, avec comme thérapeutique :

- 1° La poursuite de son traitement Anti-coagulant, ce qui nous paraît une mesure sage et nécessaire, et cela même après l'implantation du Pace-Maker, puisque celui-ci ne supprime pas les troubles auriculaires, mais prévient seulement la survenue éventuelle d'une bradycardie excessive.

- 2° une digitalisation d'entretien, qui seule pourra prévenir la survenue d'un épisode tachycardique (toujours possible, car la Maladie de l'Oreille persiste évidemment).

- Le 13 - 1 - 1970, cette malade est revenue en consultation chez le Docteur PELLET.

Avec son traitement qu'elle supporte très bien, elle n'a pas été victime d'autres pertes de connaissance

L'examen est tout à fait normal, et ne montre en particulier, aucun signe de décompensation cardiaque

L'E.C.G. ne montre qu'un rythme électro-systolique pur à 75/mm.
Il n'y a aucune activité auriculaire décelable.

- Le 18 - 4, Madame PER.. qui reçoit toujours : - PINDIONE

- et DIGITALINE : 30 gouttes
par semaine

va fort bien ; sa tension se situe à 14 - 8

- outre le rythme électrosystolique (75/mm), le tracé permet de mettre en évidence des Ondes de Fibrillation Auriculaire.

- Trois mois plus tard, avec un état inchangé, la tension est 12,5 - 8

- on ne note aucune activité auriculaire décelable,
le reste de l'E.C.G. étant inchangé.

Cette malade est revenue nous voir le 24 - 10, soit un an après son hospitalisation.

Son état est aussi satisfaisant que possible, si ce n'est que cette personne obèse, pèse encore 73 kilos.

Elle n'accuse en particulier, ni malaise, ni palpitations, ni décompensation cardiaque.

Sa T.A. est à 12,5 - 8

Son E.C.G. est sans changement par rapport au précédent.

OBSERVATION DE MADAME TAR..

Madame TAR.. Solange, née le 20 - 4 - 1897, va consulter le Docteur PELLET le 29 - 4 - 1969. Elle est adressée par son médecin traitant pour de "petits malaises", durant quelques secondes à une minute au maximum, survenant sans prévenir, et celà depuis le mois d'Octobre 1968.

Lorsqu'elle revient à elle, immédiatement après, il n'y a ni morsure de la langue, ni perte d'urine, mais une amnésie totale de ce qui lui est arrivé. Plusieurs fois, ces malaises ont même entraîné des chutes.

Cette dame de 72 ans, est une hypertendue dont la maxima tensionnelle se situe entre 21 et 25. Elle n'a jamais accusé de douleurs angineuses.

Son traitement comprend : - des sédatifs

- 20 gouttes de DIGITALINE par semaine, car son médecin a constaté à plusieurs reprises, un rythme cardiaque rapide et irrégulier. Il signale de lui-même avoir dû interrompre cette digitalisation (pourtant assez faible) devant la survenue d'un rythme lent autour de 50/mm;

- 2 comprimés de DIURILIX par semaine

- de la CARDIORYTHMINE 2, puis de la CARDIOQUINE

On peut noter enfin, une dyspnée obligeant la malade à dormir assise.

L'examen montre : une tachycardie régulière à 115/mm, sans aucun signe de décompensation cardiaque

- la tension est à 24 - 15

- radiologiquement, on note un coeur transversal de volume limite, et une aorte un peu sombre

A l'E.G.C., existence d'une tachy-systolie auriculaire à 115/mm

- Rythme auriculaire à 230/mm et B.A.V. 2/1
- les Ondes P sont visibles en DI et AVL
- les ventriculogrammes ont un aspect de B.B.G. incomplet
- il existe une S.V.G. modérée, avec un indice de Sokolow à 36
- l'axe de Q.R.S. est à -10°

Le problème est donc celui de troubles du rythme qui semblent très variables. S'agit-il d'une STOCKES-ADAMS paroxystique, qui expliquerait les syncopes à l'emporte-pièce ?

Le traitement prescrit associe : - des sédatifs

- un régime sans sel

- des diurétiques

- de la Digitaline en cas de poussée

tachycardique et à arrêter dès que le rythme est inférieur à 80/mm

- enfin hospitalisation en cas de

pertes de connaissance fréquentes et rapprochées, afin de faire la preuve de ces troubles, et poser éventuellement l'indication d'un PACE-MAKER.

Effectivement, cinq jours plus tard, le 4 - 5 - 1969, Madame TAR..

nous est adressée par son médecin en vue d'hospitalisation, car elle a présenté des lipothymies à répétition, et un pouls à 50/mm (T.A. à 17 - 9)

Le malaise principal s'était accompagné de - paleur

- perte de connaissance totale

- yeux révulsés

- vomissements après la crise.

La malade prenait depuis le 30 - 4 - 1969, de la Digitaline, à raison de 25 gouttes par semaine.

L'interne de garde note : - un rythme cardiaque à 55/mm bigéminé

(il était à 120/mm quatre jours plus tôt)

- par ailleurs T.A. à 19 - 10

- conscience et examen neurologique normaux

L'E.C.G. met en évidence : l'absence d'Onde P sur tout le tracé.

- un rythme apparemment idio-ventriculaire

(mais ventriculogrammes n'ayant pas d'aspect de bloc de branche) battant à 28/mm, bigéminé par des extra-systoles ventriculaires polymorphes, ce qui donne au total une fréquence cardiaque à 56/mm

- surtout, certaines extra-systoles sont groupées et ont l'aspect de "Torsades de Pointes".

Madame TAR.. est mise sous perfusion de sérum glucosé isotonique contenant 15 ampoules d'ISUPREL, et cela vers 13 heures.

A 13 h10, le rythme est passé à 135/mm; on continue à faire couler l'Isuprel, mais en dérivation à raison de 4 gouttes/mm.

A 13 h20, le coeur bat à 70/mm

De 13 h30 à 17 h, il va rester entre 60 et 70/mm. On arrête alors l'Isuprel, mais le coeur va rester en tachycardie régulière (100 à 140/mm) de 17 h à 10 heures du matin le lendemain.

Le bilan sanguin révèle : N.F. - 4 920 000 G.R.

- 10 500 GB. dont 90 % de polynucléaires neutrophiles

V.S. - 16 - 36

Glycémie : 1g35 (sous perfusion de sérum glucosé)

Et au Culot urinaire : albuminurie à 1,28g/l
- leucocyturie et

présence de bacilles gram -

- Le 5 - 5, au matin, l'E.C.G. objective une Tachy-systolie auriculaire, avec rythme ventriculaire à 138/mm et rythme auriculaire à 275/mm
- et B.A.V. 2/1

La malade ne recevait plus d'Isuprel depuis la veille à 17 heures.

Devant des troubles du rythme aussi importants, la malade est envoyée au Professeur Agrégé SLAMA à l'Hôpital Lariboisière.

- Le diagnostic de "Maladie Rythmique de l'Oreille" est alors posé. On lui met une stimulation temporaire par voie jugulaire qui restera en place jusqu'au 13 Mai. Ce jour-là, Madame TAR.. sera opérée à l'Hôpital Broussais dans le service du Professeur DUBOST, par le Professeur Agrégé PIWNICA.

Mise en place d'un Pace-Maker CHAPDACK épicardique relais réglé à la fréquence de 60/mm, et installé sur la face diaphragmatique du ventricule droit. De cette façon, lorsque le rythme cardiaque a tendance à se ralentir à moins de 60/mm, le Pace-Maker entre en action et entraîne régulièrement à 60/mm. Il s'arrête lorsque le rythme cardiaque s'accélère au-dessus de cette fréquence.

- Le 18 - 5, on note une tachy-arythmie par fibrillation auriculaire, traitée par CEDILANIDE I.V., puis DIGOXINE P.O.

- Le 19 - 5, persistance de la Tachy-arythmie

- Le 22 - 5, troubles de la conscience, avec obnubilation et poussée tensionnelle, correspondant à l'E.C.G. à des extra-systoles ventriculaires bigéminées qui ont pour effet de diminuer la fréquence d'électrostimulation à 40/mm.

On arrête alors la Digoxine, et on donne 3 comprimés de CARDIORYTHMINE 10

- Le 23 - 5, Tachysystolie auriculaire

- Le 24 - 5, tachy-arythmie complète par Fibrillation auriculaire.

On redonne Un comprimé et demi de Digoxine

On rajoute du PRONESTYL : 3 comprimés, puis 5 comprimés par jour, pour essayer de contrôler les extra-systoles ventriculaires qui apparaissent dès que le rythme se ralentit.

- Le 29 - 5, on note la persistance d'extra-systoles ventriculaires et l'apparition de quelques extra-systoles auriculaire. On arrête à nouveau la Digoxine.

La malade retourne alors apyrétique (mais avec 14 000 G.B. dont 70 % de polynucléaires neutrophiles) et avec une plaie tout à fait cicatrisée, à l'Hôpital Lariboisière.

Elle y reçoit l'association : DIGITALINE : 10 gouttes par jour

et CARDIORYTHMINE 10 : 4 comprimés par jour

- Le 7 - 6, Madame TAR.. revient à l'Hôpital de Senlis

- Le 9 - 6, l'E.C.G. révèle un rythme électro-systolique à 60/mm

- les complexes Q.R.S. ont un aspect de B.B.G., puisque le Pace-Maker a été implanté sur le ventricule droit

- il n'y a aucune activité auriculaire décelable.

Un nouveau bilan biologique révèle : 4 840 000 G.R.

- 11 200 G.B. dont 60 % de neutro-

philes

- vitesse de sédimentation : 35 - 70

- glycémie : 1 gr/l

- Le 11 - 6, on note sur le même tracé :

- un rythme électro-systolique bigéminé par des extra-systoles ventriculaires gauches, qui ont pour effet de réduire la fréquence d'électrostimulation à 39/mm

- à d'autres endroits, quelques contractions non électro-systoliques :

* certaines Sinusales : P.R. à 0,16'

s

ventriculogrammes d'aspect normaux

* certaines Nodales : avec P.R. court à 0'08 s.

ou absence d'Ondes P

Q.R.S. sans aspect de bloc de branche

Dans les deux cas, il existe de gros troubles de la repolarisation.

Devant le très grand nombre d'extra-systoles, on augmente à 6, la dose de CARDIORYTHMINE 10.

- Le 13 - 6, le tracé montre :

- à certaines endroits, un rythme électro-systolique pur à 60/mm

- à d'autres endroits, un rythme électro-systolique dont la fréquence est abaissée à 38/mm, par suite de la présence d'extra-systoles ventriculaires gauches bigéminées.

- tantôt, absence d'Ondes P, tantôt Fibrillation auriculaire

- à d'autres endroits, quelques contractions non électrosystoliques :

+ Sinusales, avec P.R. à 0'14

+ Nodales, sans Ondes P

- Peut-être y-a-t-il un peu moins d'extra-systoles que sur le tracé précédent ?

- Le 14 - 6, la fréquence cardiaque est régulière à 88/mm

A l'E.C.G.; disparition du rythme électrosystolique

- aspect de tachysystolie auriculaire, avec

rythme auriculaire à 175/mm, et bloc 2/1

- altérations diffuses de la phase terminale.

Madame TAR.. sort l'après-midi même avec pour traitement :

- 10 gouttes de Digitaline par jour
- 6 comprimés de Cardiorythmine 10 par jour

- Elle revient en consultation le 3 - 7 - 1969. Son médecin signale qu'elle va bien, mais qu'il a noté de très nombreuses extra-systoles, ce qui lui a fait baisser la dose de Digitaline à 60 gouttes par semaine.

Aucun malaise, et à l'examen aucun signe de décompensation globale.

A l'E.C.G., on note de très nombreuses interférences entre :

- le rythme électrosystolique
- et un rythme sinusal plus rapide, avec P.R. à 0'18

Par ailleurs, très nombreuses extra-systoles en règle ventriculaires gauches et assez souvent bigéminées.

Pour cela, on baisse la Digitaline à 30 gouttes par semaine (sauf en cas de tachycardie)

- on laisse la même dose de Cardiorythmine.

- Nouvelle consultation le 26 - 8 : la malade va bien :

- il n'existe pas de dyspnée, ni de signes de décompensation
- mais la T.A. est élevée à 24 - 13
- A l'E.C.G. - rythme électrosystolique, tantôt pur entraînant à 60/mm

tantôt bigéminé par des extra-systoles ventriculaires gauches, qui ont pour effet de diminuer la fréquence du Pace-Maker à 36/mm

- on note aussi, une ébauche de rythme sinusal, avec des complexes Q.R.S. normaux

- un P.R. à 0'14

- rythme oscil-

lant entre 65 et 100/mm, et interférant avec le rythme électrosystolique.

Sans vouloir rechercher la perfection, on laisse le même traitement :

- 30 gouttes de Digitaline par semaine,
- 6 comprimés de Cardiorythmine 10 par jour
- Régime sans sel.

Tout semblait aller relativement bien, mais le 29 - 10 - 1969, Madame TAR.. est victime vers 20 heures d'une syncope à l'emporte-pièce, qui s'accompagne de pollakiurie.

Son médecin, qui avait diminué sa dose de Digitaline à 15 gouttes par semaine, en raison d'extra-systoles très fréquentes, nous l'adresse afin de vérifier si son Pace-Maker est toujours fonctionnel.

A l'examen, on note une T.A. à 24 - 15, au lieu de 17 - 12 les jours précédents

- par ailleurs l'auscultation cardiaque, révèle un coeur en Tachy-arythmie complète à 120/mm

- il n'existe aucun signe de décompensation cardiaque

L'E.C.G., objective une Fibrillation auriculaire, et la fréquence spontanée est telle, qu'on ne voit évidemment aucun complexe Electro-systolique.

- les ventriculogrammes sont de morphologie normale

- l'axe de Q.R.S. se situe à - 10°

- par ailleurs - Sokolow à 40

- gros troubles de la repolarisation : Ondes T négatives et ischémiques : sur tout le précordium

- axe de

T à 180°

Au point de vue thérapeutique on accorde à la malade :

- pour son hypertension : - un régime sans sel

- et des diurétiques

- pour sa tachycardie : - 50 gouttes de DIGITALINE par semaine

- sous couvert de CARDIORYTHMINE 10

On admet alors comme hypothèse, que ses troubles de la conscience sont peut-être en rapport avec une poussée de tachycardie paroxystique, ayant entraîné une mauvaise irrigation cérébrale.

- Toutefois, le 12 - 11 - 1969, le médecin traitant fait hospitaliser Madame TAR.. pour des syncopes assez brèves, mais répétées (Sept dans la matinée) et qui s'accompagnent de vomissements et d'éruptions.

- A 13 heures, il a constaté : - une T.A. à 25 - 10
- un pouls à 40/mm (?)
- A 18 heures, il note : - une T.A. à 23 - 10
- un pouls à 66/mm
- A son entrée à l'Hôpital : - une tension à 18 - 11
- un pouls à 40/mm (?)

La malade est donc mise sous perfusion d'ISUPREL avec pour consigne de maintenir la fréquence cardiaque au-dessus de 80/mm

- Le lendemain, 13 - 11, on note - une température à 38°6
- un coeur en Tachy-arythmie complète
à 120/mm
- une T.A. à 19 - 11
- par ailleurs, absence de signes de décompensation globale

Le premier bilan biologique montre :

- N.F.S. - 5 470 000 G.R.
19 400 G.B. dont 85 % de polynucléaires neutrophiles
- V.S. - 27 - 64
- Glycémie - 1,98 g /l (sous perfusion de sérum glucosé isotonique)
- Urée sanguine - 0,44 g/l
- Au culot urinaire : albuminurie à 3 g/l
: présence de très nombreux bacilles Gram Négatif

La malade va recevoir pour cela :

- 4 000 000 de COLIMYCINE PENICILLINE par jour en deux injections
- 6 comprimés de FURADOINE par jour P.O.

Un E.C.G. va montrer que l'Arythmie complète est en rapport avec une Fibrillation auriculaire rapide entre 110 et 150/mm

- par ailleurs, les complexes sont de morphologie Supra-ventriculaire à l'exception de quelques extra-systoles Ventriculaires.

Toute la journée, le pouls va rester rapide et irrégulier, sauf un bref épisode bradycardique et régulier à 52/mm (?) vers 16 heures ; mais une demi-heure plus tard, on note à nouveau une arythmie complète à 120/mm

La nuit, le pouls reste irrégulier autour de 120/mm

Le traitement par l'ISUPREL a été bien entendu suspendu.

- Le 14 - 11, un nouvel E.C.G. montre une poussée de tachy-arythmie extrême 150 et même 200, pendant de brefs instants

- une demi-heure plus tard, le rythme est à environ 110/mm

- une heure et demi après, le pouls est à 130/mm, ce que confirme un court tracé et il existe de très gros troubles de la phase terminale.

La malade est soumise à nouveau à un traitement digitalique et va recevoir 15 gouttes par jour

- l'après-midi et la nuit, le pouls va rester aux environs de 80/mm .

- Le 15 - 11, à 8 heures du matin, le rythme est plus rapide et irrégulier à 120/mm

- un nouveau tracé montre la persistance de la Fibrillation auriculaire

- l'axe de Q.R.S. est à -15°

- les ventriculogrammes sont de morphologie normale

- il existe de très gros troubles de la phase terminale, et en particulier : des Ondes T négatives et ischémiques de V3 à V6

- un axe de T à 180°

- un autre tracé effectué deux heures plus tard montre, outre la persistance de la Fibrillation auriculaire, une baisse de la fréquence des complexes ventriculaires à 100/mm, et même moins puisqu'à certains moments, le rythme spontané est tel, qu'il apparaît une contraction électro-systolique isolée, et à un seul endroit deux contractions successives.

C'est la première fois depuis son hospitalisation, et même depuis plusieurs mois, que nous avons la preuve que son Pace-Maker fonctionne bien normalement et se déclenche lorsque la fréquence spontanée descend à 60/m .

Ce jour-là, la malade reçoit 10 gouttes de Digitaline
la température reste élevée à 37°8 - 38°2

Madame TAR.. qui se trouvait dans le service de Médecine Générale,
faute de place, est alors transférée dans le service du Docteur PELLET.

Dans l'après-midi, un nouveau tracé montre une arythmie complète lente
à 70/mm, et de nombreuses contractions électro-systoliques.

Toute la nuit, le pouls va se situer entre 70 et 80/mm.

- Le 16 - 11, on note un pouls assez rapide et irrégulier à 70 - 100/mm

Un E.C.G. enregistré le matin, confirme l'existence d'une
arythmie complète par Fibrillation auriculaire, avec de temps en temps une
contraction électro-systolique.

L'après-midi, un nouveau tracé montre un rythme un peu plus
lent autour de 70/mm, toujours très irrégulier, avec aspect de Fibrillation
auriculaire, mais les contractions électro-systoliques sont plus nombreuses
que le matin.

Toute la nuit, il va persister une arythmie complète à 70 -
80/mm.

- Le 17 - 11, un second bilan biologique va montrer :

- N.F.S. : 5 040 000 G.R.

13 500 G.B. dont 78 % de polynucléaires Neutrophiles

- urée sanguine à 0,71 g / l

- glycémie à 1,28 g / l

- T.P. à 50 %, la malade venant seulement d'être mise aux anti-
coagulants par voie orale.

Par ailleurs, la T.A. se situe à 18 - 10

- le pouls qui était irrégulier à 70 / mm, devient brusque-
ment plus rapide et régulier à 120/mm

- l'E.C.G. révèle l'existence d'une tachy-systolie auricu-
laire, avec rythme auriculaire à 240 / mm et bloc 2/1

- les ventriculogrammes sont normaux
- l'axe de Q.R.S. se situe à $- 15^{\circ}$
- il existe toujours de gros troubles de la repolarisation.

La malade reçoit donc 10 gouttes de Digitaline. Au bout de quelques heures, on note à nouveau une arythmie complète à 80 / mm

- Le 18 - 11, il existe une tachycardie régulière à 220 / mm

Pour cette raison, on lui prescrit un demi comprimé d'AVLO-CARDYL, trois fois par jour.

Deux heures plus tard, la fréquence cardiaque est abaissée à environ 60 / mm

- l'E.C.G. montre la compétition entre le rythme électro-systolique à 60 / mm

- et un rythme auriculaire ectopique, avec Wandering Pace-Maker de fréquence 70 / mm

- à d'autres moments, des extra-systoles ventriculaires bigémisées ont pour effet d'abaisser la fréquence d'électro-stimulation à 37 / mm

- Le 19 - 11, le rythme est resté lent

A l'E.C.G., on note - tantôt un rythme électro-systolique pur à 60/mm

- tantôt un rythme électro-systolique bigé-

miné par des extra-systoles ventriculaires ayant la morphologie d'un B.B.D.

La fréquence du Pace-Maker est alors abaissée à 38 / mm

- il n'y a aucune activité auriculaire décelable sur tout le tracé.

Ultérieurement dans la journée, le pouls va s'accélérer légèrement à 75 / mm

- Dans la nuit du 19 au 20 - 11, on aurait noté à un moment un pouls à 40 / mm (?), faute de monitoring, cela n'est pas vérifiable, et l'on peut difficilement se baser sur ce chiffre pour accuser le Pace-Maker de mauvais fonctionnement. Plus vraisemblablement s'agissait-il d'un rythme électro-systolique bigéminé ce qui, nous l'avons vu à plusieurs reprises, diminuait la fréquence d'électro-stimulation, et en prenant le rythme cardiaque au pouls, l'erreur est possible.

Toujours est-il que l'interne de garde, appelé le 20 à deux heures du matin constate : un membre inférieur engourdi, froid et douloureux

- surtout le pouls fémoral droit n'est pas perçu
- la maxima tensionnelle est à 25
- Il semble bien s'agir d'une oblitération artérielle haut située, puisque la fémorale correspondante n'est plus sentie.

Madame TAR.. va recevoir : NICYL PAPAVERINE et DEDYL

- puis IRRIGOR et RHEOMACRODEX

On y associe de l'HEPARINE à raison de 500 mg / jour
de l'HEMISUCCINATE D'HYDROCORTISONE

La température qui était redevenue normale, va augmenter progressivement : 37°5 dans la matinée - 39°5 l'après-midi

La T.A. passe à 18 - 15 , puis à 22 - 18

L'E.C.G. montre une arythmie complète par fibrillation auriculaire à 100 /mm, se ralentissant par moments à 75 / mm

- il y a quelques extra-systoles de morphologie ventriculaire
- il n'y a pas d'accentuation des signes ischémiques électriques.

Le soir, l'état général s'est aggravé : le pouls s'est accéléré à 120 / mm

La malade est mise sous antibiotiques.

- Le 21 - 11, la température atteint 42° .. et il semble bien s'agir d'une température d'origine "centrale" puisqu'elle s'accompagne :

- de coma profond

- de respiration de CHEYNES-STOKES.

- la T.A. a baissé progressivement, pour atteindre 15 - 10

- le pouls se situe entre 100 et 120 /mm

Un E.C.G. montre qu'il s'agit d'un rythme sinusal, avec P.R. long à 1,24 "

- les ventriculogrammes sont normaux

- les signes ischémiques déjà notés sur les tracés précédents, se sont brusquement aggravés, avec en particulier, un surdécalage du segment ST accentué de façon très notable en D3

- et des altérations en miroir, en dérivations antérieures.

Son état n'ayant cessé de s'aggraver, Madame TAR.. s'éteint vers 18 heures, dans un tableau de coma hyperthermique.

Faute de n'avoir pu pratiquer une nécropsie, nous en resterons au stade des hypothèses, quant aux causes exactes de ce décès :

Pourquoi, malgré les anti-coagulants par voie orale, une oblitération artérielle massive s'est-elle constituée ?

Nous n'avons jamais pu de façon évidente, prendre en défaut le fonctionnement du Pace-Maker. En particulier sur les tracés électriques, nous avons toujours vu le rythme électro-systolique se déclencher, lorsque la fréquence spontanée descendait (même de façon très transitoire) en dessous de 60 / mm.

Comme alors expliquer les brèves pertes de connaissance observées chez cette malade ? Deux hypothèses sont plausibles :

- soit qu'une poussée tachycardique mal tolérée, ait été l'occasion de troubles ischémiques cérébraux temporaires. Il faut noter à ce propos que sur un tracé, le rythme atteignait 200 / mm (sans malaises d'ailleurs), trois jours après ses syncopes à l'emporte-pièces et après une bonne digitalisation.

- soit que se soit renouvelé ce qui avait été observé à Broussais dans les suites opératoires : un rythme électro-systolique bigéminé par des extra-systoles ventriculaires, (sans doute peu efficaces du point de vue hémodynamique), avec une fréquence d'électro-stimulation abaissée à moins de 40 / mm ? entraînant des troubles anoxiques cérébraux. Toutefois, de tels aspects ont été enregistrés à d'autres reprises et cela, sans qu'aucun trouble ne soit ressenti.

Madame DUS... Andrée, née en 1920, nous est confiée le 27 - 10 - 1966 par son Médecin Traitant pour : des crises de tachycardies accompagnées d'algies précordiales, parfois constrictives

- une dyspnée

- un certain degré d'asthénie.

Cette malade de 46 ans a déjà un certain nombre d'antécédents médicaux :

1° - En 1944, à l'âge de 24 ans, un rhumatisme articulaire aigu.

Quatre ans plus tard, le Professeur MOUQUIN consulté pour un état dyspnéique, aurait parlé d'un rétrécissement mitral.

2° - En 1945 - 1946, plusieurs crises de coliques néphrétiques motivent une urographie intra-veineuse, ce qui va amener la découverte d'un rein double à droite.

3° - Enfin des troubles du rythme cardiaque, qui remontent au moins à 1958, puisque, cette année là, la malade alors âgée de 38 ans, va subir plusieurs électrocardiogrammes.

- En Avril 1958 - Aspect de flutter 4/1 en règle, parfois 2/1 ou 3/1

- le rythme auriculaire est à 280 par minute

- le rythme ventriculaire est le plus souvent à 75

par minute

- les ventriculogrammes sont de morphologie normale

- l'axe de QRS est à + 40°

- En Mai 1958 - Rythme lent à environ 50 par minute, régulier

- pas d'Ondes P visibles

- ventriculogrammes de morphologie normale

- axe de QRS à + 45°

Rythme nodal moyen ?

- En Juin 1958 - Rythme régulier à 75 par minute, mais non sinusal

- aspect de flutter 4/1, avec rythme auriculaire à

300 par minute

- ventriculogrammes de morphologie normale

- axe de QRS à 45°

De Mai 1958 à 1963, nous ne possédons aucun document;

- la malade semble aller relativement bien.

En Novembre 1963, la malade va consulter le Docteur PELLET pour des douleurs rétrosternales survenant aussi bien le jour que la nuit.

Elle reçoit alors pour traitement : 3 comprimés de DIGIPLEX par jour et ce, trois jours par semaine.

L'examen révèle : un éclat de B I à la pointe

- une tachycardie régulière avec parfois

ébauche de tachy-arythmie

- une tension à 15 - 11

- enfin, l'absence de signes de décompensation globale

A la Radio

- une silhouette évoquant un rétrécissement mitral avec bombement accentué de l'arc moyen gauche

- une stase hilaire modérée

A l'électrocardiogramme - un flutter 2/1 avec rythme

auriculaire à 260 - 280 par minute, mais les Ondes P ne sont pas toutes parfaitement individualisées, ni parfaitement régulières (Fibrillo-Flutter)

- avec rythme

ventriculaire à 130 - 140, qui a pour particularité, d'être parfois dissocié.

- l'axe de QRS

est à + 40°

A cette époque, le traitement instauré fut :

- 1° le repos assez strict pendant un certain temps

- 2° une digitalisation assez forte (XV à XX gouttes par jour, cinq jours par semaine)

- 3° des diurétiques (DIURILIX - DIAMOX, 2 jours par semaine)

- 4° et la mise aux anti-coagulants, pour éviter d'éventuels embols

En 1964, on recherche, sans pouvoir le prouver, une éventuelle hyperthyroïdie.

Donc, le 27 - 10 - 1966, à l'entrée à l'hôpital, on notait :

- un cœur rapide à 130 - 140 par minute, paraissant régulier
- un souffle systolique de pointe, mais sans roulement diastolique
- une tension à 16,5 - 11
- aucun signe de décompensation globale

La Radio montrait uniquement, un bord gauche rectiligne, sans augmentation de la trame pulmonaire périhilaire

Ce qui fait qu'au total, le diagnostic de rétrécissement mitral n'est pas certain

L'électrocardiogramme, objectivait un flutter avec bloc variable, le plus souvent 2/1

Le bilan biologique se révélait sub-normal :

- numération : 5 000 000 de globules rouges
- 7 300 globules blancs dont 53 % de polynucléaires neutrophyles
- glycémie : 1 gr 10
- cholestérol : 3 gr 10

La malade reçoit alors : outre ses anti-coagulants

- XXV gouttes de Digitaline tous les jours

- Le 29 - 10 - 1966 : Tachycardie régulière à 130 par minute

- Le 31 - 10 - 1966 : Rythme régulier, plus lent à 65 par minute, mais non sinusal : il s'agit en effet d'un flutter 4/1, avec rythme auriculaire à 260 par minute

On arrête alors la digitalisation, et cet état, d'ailleurs bien supporté va persister jusqu'au 3 novembre.

On essaie alors de réduire ce flutter par l'Hydroquinidine : la prise d'un comprimé ayant été bien supporté, on donne (en plus des anti-coagulants) 4 comprimés d'HYDROQUINIDINE régulièrement répartis dans la journée, et accompagnés de 4 comprimés d'EPHEDRINE

Le 7 novembre, si le rythme est régulier à 65 par minute, l'électrocardiogramme montre que la malade n'est plus en flutter

- pas d'activité auriculaire décelable
- ventriculogrammes normaux

Rythme nodal moyen ?

La tension qui était à 16,5 - 11 voit sa maxima rester stable à 15 - 17
mais la minima baisser de 11 à 10
puis 8 et ce, sans traitement (sauf le repos)

- ni régime particulier

Une petite infection urinaire à germes Gram -, motive un traitement par 6 comprimés de FURADOINE, et ce pendant 15 jours.

Une urographie intra-veineuse est pratiquée, qui va confirmer l'existence de 2 reins et de 2 uretères à droite
d'un rein à gauche ; le tout, apparaissant parfaitement fonctionnel.

- Le 14 novembre, un électrocardiogramme enregistre un rythme régulier à 52 par minute

- et pour la première fois un aspect de bloc de branche droit type WILSON : durée QRS = 0,12 "
- retard déflexion intrinsèque = 0,12 " en VI et aspect rsr'
- troubles de la repolarisation en regard

- pas d'Ondes P
sinusales

Rythme nodal avec troubles de conduction intra-ventriculaire
ou rythme indio-ventriculaire ?

Par prudence on va arrêter les 4 comprimés d'Hydroquinidine , mais continuer l'Ephédrine.

- Le 15 novembre 1966, Madame DUS.. est victime d'un petit "malaise" avec sensation d'accélération du pouls, au lever.

L'électrocardiogramme, montre un rythme régulier à 90 par minute, avec disparition de l'aspect de bloc de branche droit observé la veille

- pas d'Ondes P sinusales

- axe de QRS à + 15

- Le 16 novembre, le rythme est régulier et lent à 40 par minute, avec à nouveau aspect de bloc de branche droit

- axe de QRS à - 20°

- pas d'activité auriculaire décelable

- Le 17 novembre, l'auscultation révèle toujours un coeur lent à 40 - 45 par minute

- Le 18 novembre, l'électrocardiogramme montre l'alternance incessante sur le même tracé de deux rythmes :

- L'un, régulier dont la fréquence est de 55 par minute

- pas d'activité auriculaire décelable

- ventriculogrammes de morphologie normale

Rythme nodal ?

- L'autre, régulier à la fréquence de 40 par minute

- sans Ondes P visibles

- ventriculogrammes ayant la morphologie de bloc de branche droit

Rythme idio-ventriculaire ?

Ce second rythme semble se déclencher, comme un "échappement" après une pause ou une extra-systole ventriculaire.

Il existe en outre, plusieurs lambeaux de tachycardie nodale (durant au maximum 6 secondes) et battant à 130 - 150 par minute

- Ondes P précèdent QRS de moins de 10 secondes

- à d'autres endroits, immédiatement après

Il n'y a aucune traduction d'une quelconque activité sinusale.

- Le 19 novembre, l'électrocardiogramme objective la repiquée d'un flutter (4 / 1 en règle, 2 / 1 de façon épisodique)

- rythme auriculaire à 270 par minute (toutes les Ondes de flutter n'étant pas parfaitement régulières = fibrillo-flutter)

- rythme ventriculaire à 68 par minute en général - les ventriculogrammes sont de morphologie normale

- Le 20 novembre, la malade accuse un "petit malaise" sans perte de connaissance

- Le 21 novembre, le rythme est lent à 40 par minute

- pas d'activité auriculaire décelable

- rythme ventriculaire ayant un aspect de bloc de branche droit

Devant cette situation fluctuante en permanence, la malade est renvoyée à l'Hôpital Lariboisière dans le service du Professeur BOUVRAIN.

Sans traitement, les troubles du rythme vont persister

(Archive Maladie coeur et vaisseaux cf. p297)

- Le 22 novembre, Bradycardie nodale, avec complexes de morphologie normale

- Le 24 novembre, Tachy-arythmie complète avec complexes de morphologie normale

- Le 25 novembre, Bradycardie nodale avec alternance de complexes ventriculaires normaux et complexes ayant un aspect de bloc de branche droit

- La malade revient à l'Hôpital de Senlis le 27 novembre

Les conclusions du Docteur G. MOTTE sont :

- qu'il s'agit bien d'une Maladie de l'oreillette, très ancienne, dont le trouble de base est un bloc sino-auriculaire, qui se complique de flutter par crises

- que l'étiologie est très incertaine, mais qu'on ne peut formellement écarter une Mitralite à Minima

- qu'en ce qui concerne la thérapeutique, il convient d'être très prudent, proscrire : - les Dépresseurs qui auront pour effet d'aggraver le bloc Sino-auriculaire

- et l'ISUPREL qui favoriserait les rythmes ectopiques.

La malade sort, avec pour prescription : BELLADENAL

NATISEDINE

- Le 28 novembre 1966, l'électrocardiogramme objective un rythme extrêmement lent à 36 - 40 par minute

- ventriculogrammes normaux, sans aspect de bloc de branche droit

- pas d'activité auriculaire visible

Rythme idio-ventriculaire

On recommence le traitement anti-coagulant qui avait été arrêté à Paris

- Le 30 novembre, on a à nouveau, sur le même tracé, une alternance incessante de deux rythmes :

- l'un, régulier à 46 par minute, avec complexes QRS normaux (axe de QRS à 0°) et absence de toute activité auriculaire

- Ce rythme s'accélère en bouffées brèves, jusqu'à 110 par minute

- l'autre, régulier à 36 par minute, où les complexes QRS ont une morphologie de bloc de branche droit (axe de QRS à + 30°), il n'y a pas non plus d'activité auriculaire.

Le passage d'un rythme à l'autre, ne semble pas suivre de règles très précises.

La différence de fréquence entre les deux, est en faveur de deux sources d'excitation distinctes (un centre nodal et un centre ventriculaire ?) tous les deux étant des centres d'automatisme fonctionnant en échappement respectivement secondaire et tertiaire, à un Bloc Sino-Auriculaire qui se traduit ici par l'absence de toute Onde P sinusale.

- Le 1er décembre, le rythme est lent aux alentours de 40 par minute
- tous les ventriculogrammes ont un aspect de bloc de branche droit
- l'axe de QRS est à -30°
- il n'existe aucun signe d'activité auriculaire, sinusal ou rétrograde

- Les jours suivants, la fréquence cardiaque va rester entre 40 et 45 par minute

- Un électrocardiogramme pratiqué le 5 Décembre, ne montre aucun changement par rapport au précédent

- Finalement la malade va sortir le 9 décembre, avec un coeur à 45 par minute, s'accélégrant brusquement en bouffées, ce quela malade ressent sous forme de palpitations gênantes.

Elle s'est plainte également de douleurs au niveau du mollet droit, sans étiologie évidente

Son traitement associe : Natisédine

- anti-coagulants

- Le 18 mars 1967, donc 3 mois après sa sortie de l'Hôpital, Madame DUS.. vient en consultation ; elle se plaint :

- de troubles de la vue qui l'empêchent de lire
- de quelques phénomènes douloureux persistants au niveau de la jambe droite
- et de douleurs scapulo-humérales

- Sa dyspnée reste modérée

- Elle a eu quelques éblouissements : l'impression que le coeur s'arrêtait, mais jamais de perte de connaissance

- elle se plaint aussi de palpitations assez gênantes, principalement après les repas et bien calmées par le PRONESTYL, que son Médecin lui a prescrit.

- A l'examen : la tension est à 15 - 11

- aucun signe de décompensation globale

- A la Radio : coeur de volume normal, avec petit bombement de l'arc moyen

- A l'électrocardiogramme : flutter en règle 2/1 - parfois 3/1 ou 4/1 avec - rythme ventriculaire à 130 par minute

- complexes de morphologie normale à une ou deux exceptions près : aspect de bloc de branche droit

- * - rythme auriculaire à 260 par minute, avec variations permanentes et incessantes dans la morphologie des ondes auriculaires : (fibrillo-flutter)

Le traitement conseillé associe : - le Repos

- NATISEDINE

- PRONESTYL

- ANTI-COAGULANTS

- Le 19 juin 1967, Madame DUS.. est à nouveau hospitalisée à la suite de "malaises" sans pertes de connaissance

- palpitations aux moindres efforts

- Dyspnée modérée

- Il n'existe pas de signes de décompensation

- Mais un flutter 2/1 avec rythme auriculaire à 240 par minute

Les complexes sont normaux

peut-être même son flutter passe-t-il de façon transitoire en flutter 1/1 à l'occasion d'un effort, ce qui expliquerait les "malaises"

La malade est soumise à une digitalisation prudente : 35 gouttes par semaine

- Le 23 juin, on note une arythmie complète en rapport avec un flutter de bloc très variable: 2/1 jusqu'à 6/1

Le rythme auriculaire est à 270 par minute

- Le 28 juin 1967, Fibrillo-flutter donnant une tachy-arythmie complète

- le rythme auriculaire est à 260 par minute, avec de grosses modifications morphologiques des ondes auriculaires

- le rythme ventriculaire est très variable : 65 par minute lorsqu'il y a un flutter 4/1, mais le flutter est très variable de 2/1 à 6/1

- les complexes ventriculaires sont normaux

- l'axe de QRS est à $+ 30^{\circ}$

- Un nouveau tracé pratiqué le 1er juillet 1967, se révèle identique, quoique plus rapide (fibrillo-flutter le plus souvent 2/1)

- Le 3 juillet 1967, on note un flutter de bloc 4/1 ou 5/1, ce qui donne un rythme ventriculaire assez lent entre 55 et 63 par minute pour un rythme auriculaire à 260 par minute

- Le 5 juillet 1967, au moment de sa sortie de l'Hôpital, on a un flutter régulier 4/1, avec rythme ventriculaire lent à 60 par minute

La malade nous quitte alors, avec pour traitement : ses anticoagulants

- Un mois et demi plus tard, Madame DUS .. revient nous voir le 19 août 1967 en consultation, on note :

- une arythmie complète avec rythme à 75 - 80 par minute, bien supportée, sans dyspnée, mais avec un foie que l'on note pour la première fois, augmenté de 3 ou 4 travers de doigt

- la tension est à 15 - 10

- A l'électrocardiogramme : Fibrillo-flutter avec rythme auriculaire à 240 par minute

- rythme ventriculaire dissocié, de fréquence irrégulière : 80 à 100 par minute

- les complexes ventriculaires sont de morphologie normale.

Pour éviter une éventuelle décompensation, on prescrit :

- outre les anti-coagulants
- X gouttes de Digitaline tous les 2 jours
- et des diurétiques : LASILIX 2 fois par semaine.

- La malade ne sera revue que six mois plus tard, le 8 janvier 1968, envoyée par son Médecin-Traitant pour avis cardiologique en vue d'une éventuelle intervention chirurgicale : on a en effet découvert une masse fibro-kystique au niveau du sein droit, qui paraît de nature bénigne si l'on se fie à la Mammographie, mais qui entraîne des douleurs qui gênent Madame DUS..

On peut noter à ce moment : - une dyspnée minime

- l'absence de signes de décompensation

- une tension à 16 - 10

- une arythmie complète non rapide à 60 -

80 par minute, en rapport avec un fibrillo-flutter de bloc variable : 5/1 - 3/1,

- le rythme auriculaire est à 240 par minute

- les complexes ventriculaires sont de morphologie

normale

- l'axe de QRS est à + 45 °

Il est conseillé, dans la mesure du possible, de surseoir à l'intervention envisagée, et de continuer le traitement précédent :

- X gouttes de Digitaline tous les 2 jours

- Diurétiques

- Natisédine

- Tout semble ensuite aller bien, puisque la malade ne sera revue qu'à la fin de l'année, le 14 décembre 1968 ; seule une poussée rhumatismale pendant l'été a nécessité une corticothérapie transitoire

- pas de palpitations

- dyspnée modérée

- A l'examen, - absence de signes de décompensation
 - tension à 16 - 11
 - arythmie complète

- A la Radio : - pas de gros coeur, mais un bord gauche convexe "tout d'une pièce".

- A l'électrocardiogramme : - pas de surcharge ventriculaire gauche
 - flutter de degré variable 2/1 - 3/1 - 4/1 donnant un rythme ventriculaire irrégulier de 60 à 100 par minute pour un rythme auriculaire à 250 par minute
 - les complexes ventriculaires sont de morphologie normale, à une ou deux exceptions près, qui ont l'aspect d'un bloc de branche droit.

Le même traitement que précédemment sera maintenu, puisque la malade va somme toute assez bien.

- Nous ne reverrons Madame DUS.. que 10 mois plus tard, le 14 octobre 1969, on note alors une certaine aggravation :

- une dyspnée aux moindres efforts
- toux et crachats hémoptoïques
- des algies précordiales
- des palpitations d'effort durant de 20 à 40 secondes
- une légère prise de poids, mais aucun signe de décompensation cardiaque
- pas de pertes de connaissance.

Par ailleurs, cette femme de 49 ans encore réglée régulièrement, se plaint de métrorragies qui ont fait pratiquer une hystérographie, et l'on a découvert la présence d'un polype.

- A la Radio : - pas de gros coeur
 - pas de signe de stase pulmonaire, mais un bord gauche toujours trop convexe.

- l'auscultation cardiaque révèle : - un 3ème bruit (galop de bloc)
 - une tachycardie régulière à 120 par minute en rapport avec un flutter 2/1 (rythme auriculaire à 240 par minute)

- A l'électrocardiogramme, tous les complexes ventriculaires ont la morphologie d'un bloc de branche droit.

On augmente la dose de Digitaline à 15 gouttes tous les 2 jours, espérant agir sur la fréquence ventriculaire.

- Mais huit mois plus tard, le 4 juin 1970, la malade accuse toujours des palpitations d'effort et une tachycardie à 130 par minute

- la dyspnée est modérée
- il n'existe ni gros foie, ni oedèmes
- la tension est à 16 - 11
- Il existe un aspect de flutter le plus souvent 2/1 (passant à 3/1 et 4/1 en inspiration forcée bloquée), avec un rythme auriculaire à 260 par minute

- Surtout l'aspect de bloc de branche droit a complètement disparu

- L'axe de QRS est à 45 °

La thérapeutique associée, outre les anti-coagulants

- 30 gouttes de Digitaline par semaine
- des diurétiques, 3 jours par semaine

- Madame DUS.. est revenue nous voir le 19 novembre 1970, ne se plaignant plus de dyspnée, palpitations, ni douleurs angineuses, mais de crises tachycardiques d'effort durant de 15 à 45 secondes

- aucune perte de connaissance mais des petits malaises avec "ballonnement "

- L'examen clinique est toujours sub-normal, si ce n'est une petite toux quinteuse persistante

- A la Radio, on note un coeur trop globuleux, avec un bord gauche trop convexe

- A l'électrocardiogramme, flutter de bloc variable, en moyenne 4/1 au repos (lorsqu'il est de 4/1 ou de 3/1, les complexes ventriculaires sont normaux

(lorsqu'il est 2/1 les complexes ventriculaires ont la morphologie d'un bloc de branche droit

(après léger effort, tous les complexes ont la morphologie d'un bloc de branche droit)

Le rythme auriculaire est constant à 260 par minute

Le traitement actuellement suivi par la malade est ;

- ATARAX et suppression du café
- DIGITALINE XXXV gouttes par semaine
- DIURILIX tous les 2 jours
- Anti-coagulants par voie buccale

et grâce à cela, Madame DUS.. ne se porte pas trop mal.

Jusqu'à présent, et ce d'autant qu'elle n'accuse pas de pertes de connaissance, on a pu éviter d'avoir à utiliser des solutions thérapeutiques extrêmes. Certes il s'agit d'une malade "fragile", à surveiller, et chez qui il faut manier avec beaucoup de prudence les médicaments "cardiotropes". Mais sa maladie de l'oreillette évolue maintenant de façon certaine depuis plus de Douze ans.

Il semble bien d'ailleurs qu'après une période ou bradycardie et tachycardie d'origine auriculaire alternaient de façon incessante, qu'actuellement l'hyperexcitabilité auriculaire (essentiellement à type de flutter ou fibrillo-flutter) domine largement le tableau et tende à devenir : exclusif - chronique - et permanent.

Il existe en outre des troubles de la conduction intra-ventriculaire, qui ont pour particularité, d'être très variable d'un examen à l'autre et également au cours du même examen.

Nous n'avons jamais noté chez cette malade de troubles de la conduction auriculo-ventriculaire, ni d'hyperexcitabilité ventriculaire

Les phases de bloc sino-auriculaire (ou de déficience sinusale) sont représentées chez cette malade par :

- des tracés d'échappement nodal de tous degrés (se compliquant même de brèves bouffées de tachycardie nodale)
- des tracés d'échappement idio-ventriculaire.

Les phases d'hyperexcitabilité auriculaire sont presque exclusivement représentées par des tracés de Flutter pu ou de Fibrillo-flutter et une fois par une fibrillation auriculaire

Tous les degrés de flutter ont été observés et peut-être même existait-il de façon transitoire des phases de flutter 1/1 au cours des efforts, expliquant la symptomatologie observée.

Quant au rôle déclenchant exclusif d'une éventuelle thérapeutique cardiotrope dans la genèse des troubles du rythme, il est bon de noter que le 24 octobre 1966 il existait une arythmie complète par fibrillation auriculaire à 140 par minute et une bradycardie nodale à 45 par minutes, le 25 octobre, alors que la Digitaline et l'Hydroquinidine étaient arrêtées respectivement depuis 23 jours et 10 jours !!

Cette observation est un exemple à notre sens, de thérapeutique "à minima" qu'il faut le plus souvent observer dans ces Maladies Rythmiques de l'oreillette.

Elle est en tous cas à rapprocher de la première observation étudiée par FORTIN où l'on voit un malade qui depuis 30 ans a un flutter paroxystique, alternant avec un bloc sino-auriculaire et des syncopes à l'emporte-pièces et ce, en dehors des périodes de digitalisation.

DISCUSSION

Il apparait d'emblée, à la simple lecture de ces trois observations, que la "Maladie de l'Oreillette" ne doit pas être considérée comme une Maladie Autonome, mais bien comme un syndrome de découverte récente dont nous ignorons encore beaucoup d'éléments.

Si l'on s'en tient strictement à la définition : "La Maladie de l'Oreillette " se caractérise par la survenue de crises de Tachycardie par hyperexcitabilité auriculaire, alternant avec des crises de Bradycardie par déficience sinusale, ou Bloc Sino-Auriculaire, et ce, en dehors d'une quelconque drogue ; l'observation de Madame TAR.. par exemple, ne rentre pas parfaitement dans ce cadre.

SLAMA et Coll. divisent leurs observations en : (Arch. Mal. Coeur et Vaisseaux, 62 - p. 297 - 315)

- celles de 32 Malades chez qui la thérapeutique ne joue aucun rôle (Syndrome pur)

- celles de 11 malades, où la thérapeutique joue un rôle adjuvant ou révélateur (Syndrome impur)

Mais ils font remarquer qu'ils comptaient classer un de leur malade dans le second lot, pour T.S.A. récidivante, avec hypersensibilité à la Digitaline, jusqu'au moment où fut enregistré un tracé de B.S.A. en dehors et loin de toute action thérapeutique.

Il semble bien que dans ces cas, les troubles du rythme latents soient extériorisés par les drogues, et plutôt qu'une opposition entre les deux groupes, il faille admettre tout au plus une différence "de degré ou de phase évolutive"

C'est cette attitude que nous avons adopté, en remarquant que les problèmes thérapeutiques sont les mêmes dans les deux cas.

En particulier pour les malades chez qui une hyperexcitabilité auriculaire ou une déficience sinusale existent de façon chronique, sinon permanente, à l'occasion d'une tentative thérapeutique, l'autre trouble se manifeste de façon transitoire, ou plus ou moins durable.

Nos trois observations concernent des femmes, mais dans l'étude citée plus haut, les auteurs ont trouvé 17 hommes et 15 femmes sur 32 formes de Maladie Rythmique de l'Oreillette "purs", ce qui laisse prévoir que le syndrome doit être également réparti entre les deux sexes.

Mesdames DUS.. PER.. et TAR.. avaient respectivement 38 - 54 et 72 ans, lors de leur premier épisode de trouble du rythme.

Les cas cités dans la littérature révèlent que le premier épisode arythmique survient le plus souvent après 50 ans :

- 21 cas après 50 ans (dont 14 cas après 60 ans)
- 11 cas avant 50 ans

Le plus souvent il s'agit d'une maladie "Chronique" et l'on peut prévoir une évolution de longue durée.

Le fait que de tels syndrômes aient été observés chez 3 sujets de 10 à 20 ans, suggèrent que chez eux l'origine de leur Maladie de l'Oreillette est peut-être due à une dégénérescence élective et idiopathique du tissu myocardique différencié.

Par contre dans le cas de Madame TAR.. ou la première manifestation eut lieu à 72 ans, et chez qui l'E.C.G. montrait des troubles importants de la repolarisation, on peut logiquement se demander si sa M.R.A. n'est pas une manifestation particulière d'une ischémie d'origine artériolaire de son myocarde.

En fait, nous en sommes réduits aux hypothèses, et il faut bien avouer notre ignorance. La seule étude anatomique que l'on trouve dans la littérature n'apporte d'ailleurs pas la solution..

Faute d'en savoir plus concernant l'étiologie, on peut noter un certain nombre d'affections associées, relevées dans la littérature, sans pour autant en tirer de conclusions :

- 8 fois sur 32 Insuffisance Coronarienne clinique et électrique
- 4 fois sur 32 H.T.A. systolo-diastolique
- 5 fois sur 32 Arétriopathie cérébrale
- 1 fois sur 32 Hypotension orthostatique
- 1 fois sur 32 Artérite des membres inférieurs
- 1 fois sur 32 Une valvulite mitrale bien supportée

- et même une fois une leucose lymphoïde chronique, chez qui les troubles du rythme apparaissaient au cours des poussées évolutives de la leucose !..

D'autre part, parmi les 11 malades de la même étude classés en "Maladie Rythmique Auriculaire" Impure", c'est à dire chez qui la thérapeutique a joué un rôle adjuvant certain, on trouve :

- 2 malades ayant un Rétrécissement Mitral
- Madame DUS.. a peut-être une Mitralite "à Minima", mais rien n'a pu être affirmé, ni exclus jusqu'à présent.
- Madame PER.. avait été soignée pour une artérite des membres inférieurs (?)
- enfin, Madame TAR.. était une hypertendue, avec des signes électriques d'insuffisance coronarienne qui ont d'ailleurs évolué vers l'aggravation pendant les derniers jours.

Au point de vue électrocardiographique, on note dans la littérature que :

- 1° L'électrocardiogramme de base, c'est à dire en dehors des troubles du rythme, montre le plus souvent : des ventriculogrammes d'aspects normaux avec :
 - parfois des troubles de la repolarisation Primitive ou Secondaire
 - et aussi quelquefois des troubles plus ou moins nets de la conduction intra-ventriculaire
 - quant aux auriculogrammes, on observe :
 - soit un rythme sinusal banal
 - soit un aspect un peu particulier avec Ondes P bifides en D1 - D2, et parfois négatives en D3, et une fréquence auriculaire entre 50 et 60.
- 2° Pendant les phases de Bradycardie consécutives à un Bloc Sino-auriculaire ou à une déficience sinusale, il est décrit :
 - soit la persistance d'Ondes P sinusales, régulièrement ou irrégulièrement espacées, réalisant :
 - tantôt un Bloc Sino-Auriculaire partiel
 - tantôt un Bloc Sino-Auriculaire 2/ ou 3/1 etc..
 - tantôt un Bloc Sino-Auriculaire avec périodes de Lucciani-Wenckebach
 - soit absence d'Ondes P sinusales

- avec un ou plusieurs foyers ectopiques lents
- ou rythme d'échappement Nodal (Supérieur - Moyen ou Inférieur) avec conduction auriculaire rétrograde.

- enfin, mais ce n'est signalé qu'à un endroit (Acquis Med Rec. 179 - 183 , 1969) rythme d'échappement ventriculaire.

- 3° Pendant les phases d'hyperexcitabilité auriculaire, on peut observer :

- le plus souvent des épisodes de Tachy-Systolie Auriculaire (29 cas sur 32)

- soit des épisodes de Fibrillation Auriculaire

- soit, mais plus rarement des épisodes de Flutter

- enfin, mais ce n'est signalé qu'à un seul endroit (Acquis Med. Rec. 179 - 183, 1969) épisode de Tachycardie Nodale.

Enfin, les troubles du rythme associés, sont à type de

- 1° Hyperexcitabilité Ventriculaire (signalés 2 fois)

- 2° Bloc Auriculo-Ventriculaire :

- 4 fois en R.S. se décomposant en 3 B.A.V. incomplet
en 1 accès de B.A.V.

complet

- 2 fois en T.S.A. (sans drogues)

Cette association très intéressante fait alors envisager l'atteinte simultanée des oreillettes, du noeud d'Aschoff-Taxara, et du faisceau de His

Parmi nos trois malades, nous n'avons pas observé de particularité du rythme de base.

En période de Bradycardie, nous avons noté :

- particulièrement chez Madame PER.. des rythmes ectopiques

- différents rythmes Nodaux (Madame TAR.. et DUS..)

- plusieurs cas ou l'absence d'Ondes P sinusales, nous fait

poser la question de savoir s'il y avait une véritable "Paralysie Auriculaire" ou s'il s'agissait d'un rythme Nodal Moyen d'échappement à un B.S.A. complet

- Enfin, nous avons rencontré 2 fois (Madame TAR.. et DUS..) ce qui est considéré comme une rareté dans la littérature, c'est à dire un échappement ventriculaire.

- Nous avons plusieurs fois observé des tracés ou rythme Nodal (d'échappement secondaire à un B.S.A. complet) et rythme Idio-Ventriculaire (d'échappement tertiaire à ce même bloc) alternaient sans cesse sur le même électrocardiogramme.

Pendant les phases d'hyperexcitabilité, nous avons observé le plus souvent :

- Fibrillation Auriculaire chez nos trois malades, dont un tracé de T.A.C. à 200 / minute

- mais aussi T.S.A., cas de Madame TAR.. et PER..

- Flutter, le plus souvent chez Madame DUS..

une fois chez Madame PER..

- et de brèves bouffées de Tachycardie Nodale chez Madame DUS..

Quant aux troubles du rythme associés, Madame TAR.. nous a posé de très gros problèmes à cause de la survenue de très nombreuses extra-systoles ventriculaires résistant aux diverses thérapeutiques.

- -

L'évolution est décrite comme chronique et bénigne dans la plupart des cas :

- SLAMA et Coll. signalent - 3 cas évoluant depuis plus de 20 ans

- 6 cas évoluant depuis 10 à 20 ans

- 4 cas évoluant depuis 5 à 10 ans

- 17 cas évoluant depuis moins de 5 ans

- Nous noterons que Madame DUS.. a des troubles du rythme certains (puisqu'enregistrés sur E.C.G., depuis maintenant 13 ans)

- Madame PER.. depuis 2 ans

- chez Madame TAR.. ils n'ont évolué que pendant 8 mois. mais son décès peut-être considéré comme sans rapport avec sa Maladie de l'Oreille.

On note dans la littérature, la possibilité de prédominance d'un rythme sur l'autre :

- 5 fois sur 32 : très nette prédominance de l'un

- 7 fois sur 32 : un trouble du rythme semble être devenu exclusif et permanent.

- mais 18 fois sur 32 cas, l'alternance des troubles du rythme reste capricieuse et imprévisible avec rémissions et poussées évolutives, sans qu'aucune prescription intempestive de drogues inadéquates ne soit toujours retrouvée.

Madame PER.. continue à avoir une M.R.A., avec en plus de son tracé de rythme électro-systolique : tantôt absence totale d'Ondes P
tantôt Fibrillation auriculaire

Chez Madame TAR.. jusqu'au dernier jour les troubles du rythme ont persisté

Chez Madame DUS.. il semble que l'hyperexcitabilité auriculaire essentiellement représentée chez elle par un flutter, domine maintenant de façon exclusive le tableau.

L'avis général de bénignité de la Maladie de l'Oreille doit être nuancé par la possibilité d'erreurs thérapeutiques, car nous avons vu l'hyper-sensibilité de ces malades aux drogues Cardiotropes, et ce, à des doses habituellement bien tolérées.

SLAMA signale : - 2 malades ne ressentant rien

- 21 malades chez qui l'affection se révèle surtout

gênante : - Lipothymies, Vertiges, Asthénie

- Palpitations

- Légère dyspnée d'effort

- 11 cas plus ennuyeux :

- 4 états de Mal Syncopal (en grande bradycardie)

- 1 insuffisance cardiaque, par bradycardie importante et prolongée

- 3 Hyperexcitabilités Auriculaires, cause de collapsus périphérique et dyspnée importante

- 3 fois où les fluctuations incessantes du rythme cardiaque étaient cause d'un handicap certain.

Enfin, nous noterons que sur 32 malades, on a signalé 7 fois une hémiplégie :

- 2 fois, considérée comme en rapport direct avec des pauses cardiaques par B.S.A.

- 5 fois, où faute d'arguments suffisants, on a parlé de "coïncidence"

Et une fois un Décès par Fibrillation Ventriculaire.

- Madame PER.. avait été victime de plusieurs pertes de connaissance deux ans avant sa première hospitalisation.

- Elle fut ensuite victime d'une hémiplégie assez rapidement régressive, attribuée à un embol à point de départ auriculaire

- Enfin victime d'un état de Mal Syncopal, elle fut réhospitalisée

- Elle même ne se plaignait que de palpitations lorsque son coeur était plus rapide

- Depuis l'implantation de son Pace-Maker, elle se porte à merveille.

- Madame DUS.. malgré plusieurs épisodes de Bradycardie Nodale ou même idio-ventriculaire, n'a jamais accusé de syncopes, ni même de lipothymies, et c'est à cela qu'elle doit sans doute de ne pas porter de Pace-Maker

- Elle se plaint de dyspnée modérée

de palpitations d'effort, lorsque son rythme passe de Flutter 4/1 en Flutter 2/1, et peut-être même 1/1 de façon brève, lors d'un effort plus important.

- Madame TAR.. avait subi plusieurs syncopes avec chutes, quand elle fut victime d'un Etat de Mal Syncopal, dans lequel la Digitaline avait sûrement sa responsabilité (et pourtant 25 gouttes par semaine)

- une perfusion d'ISUPREL fit passer en 10 minutes, le rythme idio-ventriculaire en une T.S.A. à 135/minute

- bien plus, 16 heures après l'arrêt de l'Isuprel, la T.S.A. persistait.

L'hypersensibilité Médicamenteuse est ici clairement prouvée.

Quant aux syncopes dont Madame TAR.. fut victime après l'implantation de son Pace-Maker, ce problème n'a jamais été parfaitement résolu :

- nous ne pouvons mettre en accusation le Pace-Maker lui-même, puisque nous ne l'avons jamais pris en défaut.

- S'agissait-il de syncopes contemporaines d'une crise de T.A.C. extrême, cause de collapsus périphérique. Il existe en effet sur un des tracés une fréquence de 200 / minute.

- Ou bien, comme cela avait été constaté à Broussais, au lendemain de l'intervention, des extra-systoles Ventriculaires bigémées qui avaient pour effet de réduire la fréquence du Pace-Maker, étaient sans doute peu efficaces au point de vue hémodynamique, et il s'agissait alors d'Accident d'Adams-Stokes par anoxie cérébrale ?

Si nous nous intéressons aux 11 malades classés à part pour M.R.A. impur, nous voyons :

- que chez 6 malades, une hyperexcitabilité auriculaire persistante amena la prescription de Digitale à dose normale ou faible et que cela suffit à déclencher l'apparition d'un Bloc Sino-Auriculaire

A l'arrêt du traitement digitalique, on notait à nouveau la tachycardie.

Parfois, il s'agissait d'un Bloc Sino-Auriculaire persistant plusieurs jours, voire même plusieurs semaines après un choc électrique.

Or, sur ces 6 malades, 4 étaient porteurs d'une cardiopathie bien individualisée : - 2 C.I.A.

- 2 R.M. commissurotomisés

On doit surement en rapprocher l'observation de Madame DUS..

- Enfin, chez 5 des malades dont le B.S.A. était mal toléré et occasionnait même des malaises avec syncopes (3 cas), la prescription de petites doses d'ISUPREL suffit à déclencher l'apparition d'une F.A. ou d'une T.S.A. (le cas de Madame TAR.. est superposable).

Dans tous ces cas, il nous paraît hautement probable que ce sont des M.R.A. latentes, révélées par des doses faibles et habituellement bien supportées de - Bathmotropes

de - Digitaliques

ou d' - Isopropylnoradrénaline, et d'autres Sympathomimétiques.

Il découle du chapitre précédent, qu'il convient d'être extrêmement prudent, dans le traitement des M.R.A. si l'on veut éviter de déclencher d'autres troubles du rythme très ennuyeux.

Schématiquement, lorsqu'il s'agit d'une forme bénigne bien tolérée, tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'il convient d'être le plus anodin possible et en particulier proscrire :

- DIGITALINE
- QUINIDINE
- ou AVLOCARDYL
- de même qu'un éventuel choc électrique, car le risque de survenue d'une bradycardie grave est extrême

Il faut également s'abstenir d'utiliser I.P.N.A. ou EPHEDRINE, qui ont pour effet de précipiter l'hyperexcitabilité auriculaire latente.

Les prescriptions les plus courantes sont des Sédatifs, type ELLACENAL ou NATISEDINE.

A cette notion classique, nous ajoutons qu'il paraît opportun, et même indispensable, d'instituer un traitement anti-coagulant, le plus commode étant évidemment les antivitamines K par voie buccale, puisqu'il va s'agir d'un traitement au long cours.

Il nous paraît capital que des malades dont les troubles du rythme sont tellement importants, qu'ils peuvent passer d'un instant à l'autre de Bradycardie Nodale, voire Ventriculaire en T.A.C. par F.A., ou Flutter, ou T.S.A. doivent être protégés contre les conséquences de ces troubles du rythme eux-mêmes, au premier rang desquels figure un éventuel embol, à point de départ auriculaire. Il suffit de se souvenir de l'histoire de Madame PER.. et de la survenue de son hémiplégie.

Nous n'avons trouvé nulle part cette notion dans la littérature, et c'est pourquoi nous insistons à ce sujet.

Lorsque le M.R.A. atteint un degré de plus, et que les sédatifs ne suffisent pas, il faudra bien se résoudre à utiliser quand même certaines drogues :

- des parasympatholytiques
- en cas de B.S.A. entraînant des lipothymies, de petites doses d'Atropine

- en cas d'hyperexcitabilité auriculaire, de petites doses de Quinidine.

Tout ceci, en sachant très bien qu'il s'agit de malades fragiles à surveiller particulièrement, et en connaissant bien les risques encourus.

Si l'hyperexcitabilité est vraiment trop mal supportée, il faudra envisager un choc électrique, mais seulement après implantation d'une sonde dans le Ventricule Droit, pour être en mesure de faire face à une éventuelle Bradycardie après le choc électrique.

Là aussi bien sûr, l'indication est à notre avis impérative, d'un traitement anti-coagulant au long cours.

Enfin, lorsque la M.R.A. est trop mal supportée, et que le traitement médical seul devient illusoire, il faut savoir poser l'indication de pose d'un Pace-Maker, qui seul, va permettre le plus souvent de traiter efficacement les troubles du rythme. Cette attitude a été adoptée 7 fois sur 43 cas dans l'étude précitée. Il semble bien que seuls les Pace-Makers implantés sur les ventricules donnent de bons résultats.

On peut utiliser soit la voie endocardique, soit la voie épicaudique, comme voie de stimulation.

Après avoir utilisé des Pace-Makers à fréquence fixe, on utilise de plus en plus des Pace-Makers fonctionnant à la demande (type "Sentinelle") ce qui est plus satisfaisant, puisqu'il s'agit de troubles du rythme essentiellement paroxystiques et fluctuants.

Ceci n'est qu'un des éléments du traitement : il permet en toute sécurité de prescrire un traitement destiné à lutter contre l'hyperexcitabilité auriculaire en particulier l'association : DIGITALINE - AVLOCARDYL, paraît la plus efficace.

On peut être amené à utiliser également la QUINIDINE etc..

Il faut remarquer, que même ce traitement Médico-Chirurgical, ne supprime pas la M.R.A., mais vise seulement à en pallier les inconvénients essentiellement représentés par la succession de troubles du rythme très gênants.

C'est ainsi que chez Madame PER.. l'on note suivant les tracés, outre le rythme électro-systolique qui persiste :

- tantôt l'absence totale d'Ondes P (Bloc Sino-Auriculaire)
- tantôt un aspect de Fibrillation Auriculaire.

C'est pourquoi, même à ce stade, il nous paraît justifié de poursuivre un traitement anti-coagulant au long cours, afin notamment d'éviter que ne se forment des caillots accrochés aux parois auriculaires, et d'éventuels embols.

Signalons pour clore le chapitre de la thérapeutique, que dans un cas d'hyperexcitabilité irréductible, il reste une possibilité déjà utilisée une fois (Arch. Mal. Coeur, 60 - 406, 1967) c'est évidemment une solution extrême :

- Section chirurgicale du faisceau de His
- et entraînement électro-systolique permanent, par stimulateur intra-corporal !!!

Cette intervention a d'ailleurs donné d'excellents résultats pendant deux ans, avec reprise d'une activité sociale normale, mais le malade a finalement succombé d'une maladie intercurrente, sans rapport avec sa Maladie de l'Oreillette.

EN RESUME

Madame PER.. se présente comme une obèse de la cinquantaine, considérée jusqu'alors comme bien portante. Elle avait été toutefois victime de plusieurs pertes de connaissance isolées, passées inaperçues.

C'est à l'occasion d'un hémiplégie, dûe vraisemblablement à un embol cérébral à point de départ auriculaire, que l'on va faire le diagnostic des troubles du rythme : le plus souvent, épisodes de Fibrillation Auriculaire, alternant avec des phases bradycardiques en rapport avec des foyers ectopiques nodaux ou para-nodaux, sans que les diverses Médications appliquées n'aient de résultats satisfaisants, ni d'ailleurs une action nettement aggravante.

La Maladie de l'Oreillette paraissant, dans ce cas particulier, relativement insensible à la thérapeutique

De ce fait, et d'autant que la malade avait été victime de plusieurs pertes de connaissance, on posa l'indication d'implantation d'un Pace-Maker "Sentinelle" qui, ajouté à une digitalisation d'entretien et à un traitement Anti-coagulant, a pour résultat que cette malade se porte le mieux du monde ; alors que sa Maladie de l'Oreillette persiste.

Il existe un doute sur l'intégrité cardiaque de Madame DUS..
Peut-être s'agit-il d'une Mitralite "a Minima" après un R.A.A.

Ses troubles du rythme existaient déjà en 1958

De 1958 à 1963, existence d'un flutter assez bien supporté.

Cependant, devant l'aggravation de la dyspnée, on se décide à faire une tentative de réduction du flutter par la Digitaline ; mais apparition de Bradycardie Nodale, et surtout alternance très ennuyeuse de troubles du rythme : Flutter 2/1, Bradycardie Nodale ou Idio-Ventriculaire, et cela quinze jours et même trois semaines, après l'arrêt des traitements par Digitaline ou Quinidine.

Par ailleurs, dans le même temps, apparition de troubles de la conduction intra-ventriculaire, avec aspect de Bloc de Branche droit.

On n'a jamais par contre, observé de lipothymies ou de pertes de connaissance.

Devant cet état, on prescrit un traitement le plus anodin possible, à base de sédatifs. La malade est mise aux Anti-coagulants par voie orale, pour prévenir un embol éventuel. On introduira peu à peu une digitalisation d'entretien, qui est d'ailleurs bien supportée.

Il semble que le Flutter soit dans ce cas, le trouble du rythme prédominant, voire maintenant exclusif.

Il est sûr que si une perte de connaissance survenait dans ce tableau, l'indication d'un traitement Médico-Chirurgical, serait alors probable.

Madame TAR.. était une vieille dame de 72 ans, victime de syncopes à "l'emporte-pièces" depuis 6 mois, et chez qui l'on avait déjà remarqué une extrême sensibilité aux drogues cardiotropes : en effet, l'instauration d'un traitement par XXV gouttes de Digitaline par semaine, fait qu'en cinq jours, la tachysystolie (à 120 / mm) cède la place à une Bradycardie Idio-Ventriculaire ayant entraîné des malaises ..

Ce même rythme idio-ventriculaire cède la place à une tachy-systolie auriculaire (à 135 /mm) après dix minutes de perfusion d'Isuprel ! et la tachysystolie persistera 17 heures après l'arrêt de l'I.P.N.A..

On ne peut nier l'influence des drogues prescrites ; c'est presque de la caricature ...

Après implantation d'un Pace-Maker, dès les premiers jours, les résultats doivent être nuancés par l'existence d'une hyperexcitabilité ventriculaire (extra-systoles, etc..) et cet état va persister, malgré l'association de Digitaline + Cardiorythmine, instauré pendant plusieurs mois.

On ne pouvait considérer les résultats du traitement Médico-Chirurgical que comme "un demi-succès" quand la mort survint d'une affection intercurrente.

Après cette étude de nos trois observations concernant les Maladies Rythmiques de l'Oreillette, et une revue de la littérature, consacrée à ce sujet, nous insisterons en conclusion, sur plusieurs points.

D'abord un élargissement de la définition généralement adoptée : La Maladie Rythmique de l'Oreillette se caractérise par la survenue chez certains sujets, de l'alternance de troubles du rythme :

- tantôt crises de tachycardie, par hyperexcitabilité auriculaire
- tantôt accès de bradycardie, par bloc sino-auriculaire, ou déficience sinusale.

Cette survenue de l'alternance parfois incessante de troubles du rythme se voit parfois spontanément, (en dehors de l'action de toute thérapeutique) parfois secondairement à la prise d'une dose, habituellement bien tolérée, d'un médicament cardiotrope.

C'est ainsi, que la prescription pour une tachycardie, par hyperexcitabilité auriculaire, d'un digitalique, d'un quinidinique, ou d'un bêta-bloquant, employé à dose normale, voire faible, peut, chez certains sujets faire apparaître une bradycardie par bloc sino-auriculaire ou déficience sinusale.

Inversement, la prescription pour une bradycardie de doses normales, voire faibles, d'Iso-Propyl-Nor Adrénaline, ou d'un médicament équivalent, pourra faire apparaître chez certaines personnes, une tachycardie par hyperexcitabilité auriculaire."

Nous considérons en effet, qu'il n'y a, entre ce qui a été décrit sous le vocable de Maladie Rythmique de l'Oreillette Pure et Impure, qu'une différence de degré ou de phase évolutive, et qu'il s'agit du même phénomène. La thérapeutique n'agit qu'en révélant ce qui n'existait encore qu'à l'état latent. Nous ne voyons quant à nous, aucune raison valable d'opposer ces deux formes, et ce, d'autant plus qu'elles posent exactement les mêmes problèmes thérapeutiques.

L'électrocardiogramme permet de préciser la nature des troubles du rythme observés : - les phases de bradycardie, sont représentées par :

- un bloc sino-auriculaire, soit partiel
soit complet, prenant
parfois l'aspect d'une déficience sinusale.

- le rythme de suppléance, est très variable :

- auriculaire
- nodal ou para-nodal
- voire ventriculaire, avec parfois des formes

de passage entre ces différents rythmes.

- les phases d'hyperexcitabilité sont représentées par des aspects :

- de tachy-systolie auriculaire
- de fibrillation auriculaire
- de flutter
- et aussi de tachycardie nodale

Nous ne savons rien à l'heure actuelle de l'étiologie de ces Maladies Rythmiques de l'Oreillette. S'agit-il d'une dégénérescence élective du tissu myocardique différencié ? Ou bien s'agit-il de phénomènes ischémiques ?

Le fait que ces troubles soient observés le plus souvent, chez des malades ayant et, parfois depuis longtemps, dépassé la cinquantaine, pourrait indiquer qu'il s'agit d'une affection entrant dans le cadre de cœur "sénile" mais il ne faut pas oublier qu'ils ont été également observés, chez des sujets très jeunes.

Petions en outre, que si les cardiopathies ne paraissent pas très fréquentes, il faut savoir les rechercher, et en particulier, Rétrécissement mitral et Communication Inter Auriculaire.

Nous retiendrons au sujet du traitement, que tant que ces troubles ne sont pas trop mal supportés, il convient d'être le "plus anodin possible", et en particulier d'éviter les drogues cardiotropes que nous avons citées ; si l'on ne peut faire autrement, on les utilisera à des doses très faibles, et en connaissant parfaitement les risques encourus.

Si ces troubles deviennent par trop gênants, voire graves, il faut savoir que l'on dispose actuellement d'un traitement de choix, représenté par l'implantation intracorporelle d'un stimulateur (fonctionnant de préférence à la demande) et suivie de la prescription de drogues destinées à lutter contre l'hyperexcitabilité auriculaire.

Nous insisterons spécialement sur le fait qu'un traitement Anti-Coagulant nous paraît indispensable, du fait même du caractère essentiellement fluctuant de ces troubles du rythme, pour éviter des embols à point de départ auriculaire et leurs conséquences fâcheuses ? L'observation de Madame PER.. est à cet égard très significative, en mettant en valeur la survenue de son hémiplégie.

A notre avis, un tel traitement anti-coagulant est indiqué quelle que soit la conduite thérapeutique adoptée : même après implantation éventuelle d'un Pace-Maker.

Les contre-indications habituelles d'un tel traitement sont évidemment à respecter.

Le plus commode est naturellement d'utiliser les anti-vitamines K par voie orale.

Certes, il ne s'agit pas d'une affection très fréquente, mais il faut la connaître pour la dépister, et ainsi éviter des erreurs thérapeutiques, qui pourraient être très graves.

En fait, lorsque l'on a appris à connaître ces troubles très particuliers du rythme cardiaque, on les observe de plus en plus souvent, ce qui prouve, qu'il ne s'agit pas somme toute, d'un syndrome exceptionnel qu'un praticien a peu de chances de rencontrer dans sa vie professionnelle. Nous-mêmes, en avons rencontrés plusieurs nouveaux cas, tout récemment.

Il existe un diagnostic différentiel, qui est l'Hyperexcitabilité auriculaire, avec syncopes par pauses post-tachycardiques, c'est à dire syncopes liées aux crises de tachycardie, et dans ce cas l'indication est représentée par la Quinidine, qui en supprimant les accès de l'hyperexcitabilité auriculaire, supprime également les pauses.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur Y. BOUVRAIN

Professeur FOURNIER

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

- BOUVRAIN Y. - SLAMA R. - TEMKINE J.

Le bloc sino-auriculaire et les maladies du sinus.
Réflexions à propos de 53 observations.
Arch. Mal. Coeur 60 , 753 - 773, 1967

- BOUVRAIN Y. - WAYNBERGER M.

La maladie de l'oreillette
Acquis. Méd. Réc. 179 - 183, 1969

- BROUSTET P. - RENNER R. - BRICAUD H. - GALY J.C. - SAGARDILUZ J.

Bloc sino-auriculaire suivi de multiples rythmes ectopiques,
des oreillettes et d'un bloc auriculo-ventriculaire
Actual. Cardiol. Angeiol. Int. 16 , 25, 1967

- COHEN HE. - KAHN M. - DONOSO E.

Treatment of supraventricular tachycardias with catheter
and permanent Pace-Makers
Amer. J. Cardiol. 20, 735 - 738, 1967

- COSTEAS F.

L'alternance électrique auriculaire, et ses difficultés de
diagnostic
Arch. Mal. Coeur 60, 288 - 292, 1967

- DEROVESNE Ch.

Les embolies cérébrales d'origine cardiaque
RP XX N° 10 - 1883 - 1970

- DESPHANDE S.Y.

Wenkenbach Sino-Atrial heart block : analysis of relation,
between sino-atrial block and occurrences of atrial fibrillation
Rhode Island Med. J. 51, 46 - 47, 1968

- ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE. COEUR

11 032 C10 p.2

- FORTIN P.

Deux cas de maladie de l'oreillette
Immex 6, 8 et 9, 1081 - 1085, 1969

- KASTOR J.A. - de SANCTIS R.W. - LEINBACH R.C.

Longterm pervenous atrial pacing
Circulation 40, 535 - 544, 1969

- LOWN B. - KOSOWSKY B.D.

Artificial cardiac pace-makers
New Engl. Journ. of Med. 283 - 17 - 907 - 916 , 1970
18 - 971 - 977 , 1970
19 - 1023 - 1032 , 1970

- MAURICE P. - OURBAK P.

Traitement anti-coagulant et troubles du rythme
Path. Biol. 8, 9 - 10, 991, 1960

- MOTTE G. - FABIATO A. - SLAMA R.

Pharmacologie et pratique thérapeutique de quelques médicaments
utilisés en cardiologie d'urgence.
R.P. XIX, 25, 3639 - 3650, 1969

- RAYNAUD R. - JOBARD P. - BROCHIER M. - FAUCHER J. - P. - BENATRE P. - RAYNAUD Ph.

Paralysie auriculaire chronique et oreillette papyracée
Ann. Cardiol. Angeiol. 17 , 117, 1968

- ROKSETH R. - HATLE L. - GEDDE - DAHL D. - FOSS PO.

Pace-Maker therapy in sino-atrial block, complicated by
paroxysmal tachycardia
Brit. Heart. J. 32, 93 - 98 , 1970

- ROSS L.R.

Sino-auricular block with wenkenbach periods, with concurrent
second degree atrio-ventricular block, with wenkenbach periods ;
their occurrence, in a presumably healthy young adult.
Dis. Chest 50 , 432 - 436 , 1966

- SCHAMROTH L.

The diagnosis of first degree sino-atrial block
South Afr. Med. J. 41, 784 - 785 , 1967

- SCHARFENFERG G.

A contribution to the differential diagnosis of sino-atrial
conduction disorders
Arch. Kreislaufforsch 51, 231 - 245, 1966

- SCHAUB F.A.

Précis d'électrocardiographie clinique
Editions GEIGY

- SLAMA R. - WAYNBERGER M. - MOTTE G. - BOUVRAIN Y.

La maladie rythmique auriculaire
Arch. Mal. Coeur 62, 297 - 315, 1969

- SLAMA R. - WAYNBERGER M.

La maladie rythmique auriculaire
Presse Médicale 77, 24, 878, 1969

- SLAMA R. - BLONDEAU Ph. - AIGUEPERSE J. - CACHERA J.P. - DEGEORGES M. - ALBOU E.

Création chirurgicale d'un bloc auriculo-ventriculaire et implan-
tation d'un stimulateur dans deux cas de troubles du rythme irrè-
ductibles
Arch. Mal. Coeur 60, 406 - 1967

- WELTI J.J. - FONTAINE G. - BRAUD J. - KEVORKIAN M.

Etat actuel de la stimulation cardiaque au long cours
RP XX, 9 , 1387, 1970

- ZIPES D.P. - WALLACE A.G. - SEALY W.

Artificial atrial and ventricular pacing in the treatment of
arrhythmias
Ann. intern. Med. 70, 885 - 896 - 1969.

